

Facteurs associés à la littératie vaccinale : cas des mères d'enfants de 0 à 5 ans ; Abidjan, Côte d'Ivoire 2025

Présenté par

TCHOUBOUBE Gisèle

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité **Santé publique internationale**

Directrice de mémoire : Pr ACRAY-ZENGBE Pétronille

le 01 Octobre 2025

Devant le jury composé de :

Président : Pr SAVADOGO Léon G Blaise

Professeur titulaire, Directeur du département santé
à l'Université Senghor

Directrice de mémoire : Pr ACRAY-ZENGBE
Pétronille

Professeur titulaire, Université Félix Houphouët
Boigny

Examineur : Pr TRAORE Isidore

Maître de conférence agrégé, Université Nazi Boni

Remerciements

Je rends grâce à **Dieu**, maître de toutes choses, d'avoir été à mes côtés du début jusqu'à la fin de cette aventure. Que toute la gloire te revienne, Père.

A mon encadrante de stage et directrice de mémoire **Pr ACRAY-ZENGBE Pétronille** ; chère Professeure, il est difficile de trouver des mots justes pour témoigner ma reconnaissance. Tout d'abord, merci de m'avoir acceptée dans votre institution pour mon stage académique; ensuite merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Malgré vos multiples tâches, vous n'avez ménagé aucun effort pour diriger ce travail. Que ce travail soit le témoignage de mon admiration et de ma gratitude envers vous.

Au **Pr agrégé Harvey ATTOH-TOURE**, merci pour vos orientations et contributions malgré vos multiples occupations. Merci pour votre disponibilité constante, cher Professeur.

Au **Pr agrégé AKA Nicaise**, merci pour vos orientations et contributions dans la réalisation de ce travail.

A **Dr Awa SAMASSI** et **Dr Audrey ABINAN**, **Mr Roméo KOUASSI**, **Mr Amédé** et **Mme Aka** merci pour vos apports et contributions dans l'amélioration du document.

A **Mr Koné**, chef d'antenne de l'INHP de Cocody Bingerville, pour avoir facilité la collecte des données à l'Hôpital général de Cocody Bingerville.

Au Directeur de département santé, **Pr Léon SAVADOGO**, merci pour votre accompagnement et vos soutiens au cours de ces deux années académiques.

A la Directrice de scolarité, Mme **Alice MOUNIR**, à la Secrétaire exécutive du département santé **Magui ABDO**, merci pour votre accompagnement et votre soutien constant durant ces deux années.

A mes condisciples du département santé, nous avons partagé de bons moments ensemble qui resteront gravés à jamais dans ma mémoire.

A toute la promotion 19 de l'Université Senghor, merci pour cette famille que nous avons formée.

A mes collègues et amis senghoriens **Franck**, **Sanon**, **Ramatoulaye** et **Junior** et ma collègue et amie **Dr Lucrèce** , merci d'avoir facilité mon intégration à Abidjan en Côte d'Ivoire.

A toute la **communauté tchadienne** de la promotion, merci pour cette belle famille que nous avons formée.

A toutes les mères qui ont accepté de participer à l'enquête, ce travail est le vôtre.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de ce travail, recevez toute ma gratitude et remerciements.

Dédicace

Je dédie ce travail à :

A la mémoire de ma chère nièce TEUNEFENE Louange, partie très tôt mais dont le sourire et la tendresse continuent d'illuminer nos cœurs.

Mes **parents, ma famille**, vos sacrifices et prières ont été cette lumière qui a guidé ce chemin académique. Ce travail est le vôtre.

Mes **frères et sœurs, neveux et nièces** ; vos mots d'encouragement constants ont été une source d'énergie précieuse.

Mon mentor, **Dr NDONITA Zola**, qui m'a informée du concours d'entrée à l'Université Senghor, et m'a accompagnée tout le long du processus du concours. Merci également pour son soutien multiforme durant la formation.

Mon aîné **Dr NARYANAN Tourita** qui m'a motivée à suivre cette formation. Merci pour ton accompagnement durant ce cursus, cher aîné.

Mes amies qui ont toujours été à mes côtés et qui ont cru en moi ; votre présence et votre amitié ont rendu ce voyage académique plus significatif.

Que ce travail puisse être l'accomplissement des vœux que vous avez tant exprimés et le reflet de votre soutien inébranlable.

Résumé

Introduction : La vaccination demeure l'un des moyens les plus efficaces de prévention des maladies infectieuses. Elle permet d'une part de renforcer l'immunité et d'autre part de réduire les risques des flambées épidémiques. Cependant l'adhésion des parents en particulier des mères dépend fortement de leur niveau de littératie vaccinale. Cette étude a pour but d'analyser les déterminants de la littératie vaccinale chez les mères d'enfants de 0 à 5 ans à Abidjan, en Côte d'Ivoire.

Méthode : Il s'est agi d'une étude transversale utilisant une approche quantitative. Trois sites de vaccination ont été retenus et ont inclus les mères d'enfants de 0 à 5 ans. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme élaboré sur la plateforme Kobotoolbox puis installé sur les smartphones. Le logiciel SPSS 17.0 a été utilisé pour l'analyse des données.

Résultats : La taille de notre échantillon était de 422 mères d'enfants de 0 à 5 ans. L'âge moyen était de 29,07 ans, le niveau d'éducation secondaire était le plus représenté (33,6%) et la profession libérale représentait 45,7% ; cependant 31,5% des mères étaient ménagères. Le revenu mensuel estimatif était situé entre 150001 - 500000 FCFA dans 46,4%. La religion chrétienne était la plus représentée dans 69,7% des cas. Vingt-deux pour cent (22%) des mères affirmaient avoir hésité au moins une fois. La principale source d'information des mères était les agents de santé. Vingt pour cent (20%) des mères affirmaient avoir manqué un rendez-vous vaccinal et les raisons évoquées étaient l'oubli suivi de la cherté et de rupture des vaccins hors PEV. La majorité des mères reconnaissaient que le rôle des vaccins était de prévenir la maladie, et presque toutes les mères savaient que l'enfant recevrait son premier vaccin à la naissance. Presque un quart (23%) des mères avait une très bonne connaissance des maladies évitables par la vaccination. Seulement 11,8% des mères ont un bon niveau de connaissance des noms des vaccins infantiles. Plus d'un quart avait un faible niveau de littératie vaccinale et 67,5% un niveau élevé. L'âge, l'éducation et le revenu mensuel du couple étaient statistiquement associés à la littératie vaccinale (OR : 7,85 ; 16,85 ; 13,71).

Conclusion : Bien que la majorité avait un niveau élevé de littératie vaccinale, des insuffisances persistent notamment concernant les connaissances spécifiques sur les vaccins et les maladies évitables par la vaccination. L'intégration des stratégies adaptées aux contextes socio-démographiques, économiques et religieux apparaissent nécessaires pour améliorer le niveau de connaissance des mères et l'adhésion vaccinale visant ainsi l'amélioration de la couverture vaccinale. Cette étude mérite d'être abordée en milieu rural afin de mieux cerner les disparités et les inégalités entre les régions.

Mots clés : Littératie en santé-Littératie vaccinale - facteurs associés - mères d'enfants de 0 à 5 ans - Côte d'Ivoire

Abstract

Introduction : Vaccination remains one of the most effective means of preventing infectious diseases. It strengthens immunity and reduces the risk of epidemic outbreaks. However, the support of parents, especially mothers, depends heavily on their level of vaccine literacy.. The aim of this study is to analyze the determinants of vaccine literacy among mothers of children aged 0 to 5 years in Abidjan, Côte d'Ivoire.

Method : This was a cross-sectional study using a quantitative approach. Three vaccination sites were selected and included mothers of children aged 0 to 5 years. Data were collected using an anonymous questionnaire developed on the Kobotoolbox platform and then installed on smartphones. SPSS 17.0 software was used for data analysis.

Results : Data from 422 mothers of children aged 0 to 5 were analyzed. The average age was 29.07 years, secondary education was the most common level of education (33.6%), and 45.7% were self-employed, while 31.5% were homemakers. The estimated monthly income was between 150,001 and 500,000 CFA franc in 46.4% of cases. Christianity was the most common religion, with 69.7% of mothers identifying as Christian. Twenty-two percent (22%) of mothers said they had hesitated at least once. The main source of information for mothers was health workers. Twenty percent (20%) of mothers said they had missed a vaccination appointment, citing forgetfulness as the main reason, followed by the high cost and shortage of non-EPI vaccines. The majority of mothers recognized that the role of vaccines was to prevent disease, and almost all mothers knew that their child would receive their first vaccine at birth. Almost a quarter (23%) of mothers had very good knowledge of vaccine-preventable diseases. Only 11.8% of mothers had a good level of knowledge of the names of childhood vaccines. More than a quarter had a low level of vaccine literacy and 67.5% had a high level. Age, education and monthly household income were statistically associated with vaccine literacy (OR : 7,85 ; 16,85 ; 13,71).

Conclusion : Although the majority had a high level of vaccine literacy, gaps remain, particularly with regard to specific knowledge about vaccines and vaccine-preventable diseases. The integration of strategies tailored to socio-demographic, economic, and religious contexts appears necessary to improve mothers' knowledge and vaccine uptake, thereby improving vaccination coverage. This study deserves to be replicated in rural areas in order to better understand disparities and inequalities between regions.

Keywords : Health literacy - Vaccine literacy - Associated factors - Mothers of children aged 0 to 5 -Côte d'Ivoire

Liste des sigles et acronymes

AVS	Activités de vaccinations supplémentaires
BCG	Bacille de Calmette-Guérin
CPN	Consultation prénatale
DCPEV	Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination
DTC	Vaccin diphtérie-Tétanos-Coqueluche
DTC-HepB-Hib	Vaccin pentavalent Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Hépatite B-Haemophilus influenza type b
F CFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
HPV	Human papillomavirus
HLS19	Health Literacy Survey 2019
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds ratio
PCV	Pneumococal Conjugate Vaccine
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
RDC	République Démocratique du Congo
TCP	Théorie du comportement planifié

Table des matières

Résumé	4
Abstract	5
1. Introduction	9
Question de recherche	11
Hypothèses	11
Objectif	12
Objectif général	12
Objectifs spécifiques	12
2. Revue de la littérature	12
2.1 Définition et importance de la littératie vaccinale	12
2.1.1 Littératie en santé	12
2.1.2 La littératie vaccinale	13
2.2 Modèles théoriques de la littératie en santé, fondement du comportement vaccinal	15
2.2.1 Modèle de littératie de Nutbeam	15
2.2.2 Théorie du comportement planifié d'Ajzen (TCP)	15
2.2.3 Le modèle des 7C	16
2.3 La vaccination en Côte d'Ivoire	16
2.3.1 Organisation du PEV en Côte d'Ivoire	17
2.3.2 La vaccination hors PEV	18
2.3.3 Les stratégies de vaccination en Côte d'Ivoire	19
2.3.4 Couverture vaccinale	19
2.4 Facteurs associés à la littératie vaccinale	19
2.4.1 Les facteurs individuels	19
2.4.2 Les facteurs interpersonnels	20
2.4.3 Les facteurs contextuels	20
2.5 Sources d'information	21
2.6 Cadre conceptuel	21
3. Méthodologie	22
3.1 Cadre de l'étude	22
3.2 Population d'étude	23
3.3 Type et période d'étude	23
3.4 Échantillonnage	23
3.5 Taille de l'échantillon	24
3.6 Variables à étudier	24
3.7 Méthode, outils et procédure de collecte de données	24
3.8 Analyse des données	25
3.9 Aspects éthiques et administratifs	26
4. Résultats	26
4.1 Profil sociodémographiques et économiques	27

4.1.1 Age	27
4.1.2 Statut matrimonial	28
4.1.3 Niveau d'éducation	28
4.1.4 Commune de résidence	29
4.1.5 Catégorie socio-professionnelle	30
4.1.6 Nombre d'enfant par mère	30
4.1.7 Revenu mensuel du couple	31
4.2 Croyances culturelles et religieuses	31
4.2.1 Religion	31
4.2.2 Croyance culturelle	32
4.3 Littératie vaccinale	32
4.3.1 Principales sources d'information	32
4.3.2 Rôle des vaccins	33
4.3.3 Age du début de vaccination chez l'enfant	33
4.3.4 Connaissance des maladies évitables par la vaccination	34
4.3.5 Connaissance des noms des vaccins infantiles	34
4.3.6 Compréhension des informations vaccinale	35
4.3.7 Score de littératie vaccinale des mères	35
4.3.8 Utilisation de service de vaccination et suivi du calendrier vaccinal	36
4.3.9 Raisons de vaccination manquée	36
4.3.10. Facteurs associés à la littératie vaccinale	37
5. Discussion	40
5.1 Facteurs sociodémographiques et socioéconomiques	40
5.2 Croyances culturelles et religieuses	41
5.3 Connaissance en matière de vaccination	42
5.4 Niveau de littératie vaccinale	42
5.5 Principales sources d'information	43
5.6 Utilisation de service de vaccination	44
6. Limites de notre étude	44
7. Conclusion	45
Recommandations	45
8. Références bibliographiques	47
9. Liste des illustrations	55
10. Liste des tableaux	55
11. Annexes	56
11.1. Annexe 1 : Fiche de consentement éclairé du participant à l'entretien individuel	56
11.2. Annexe 2: Questionnaire	57

1. Introduction

Contexte et justification

La vaccination est l'un des moyens les plus efficaces pour prévenir la mortalité, la morbidité et les complications des maladies infectieuses chez les enfants [1]. Elle aide à prévenir et à contrôler les épidémies des maladies infectieuses, la résistance aux antimicrobiens et joue un rôle essentiel dans la prévention du cancer [2–4]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que les programmes de vaccination dans le monde préviennent 2 à 3 millions de décès chaque année et constituent un élément clé de soins de santé préventifs [5]. L'OMS estime également qu'environ 1,5 million d'autres décès pourraient être évités si les couvertures vaccinales sont améliorées [6,7]. La vaccination est classée parmi les dix meilleures interventions de santé publique ayant un meilleur rapport coût-efficacité en raison des décès qu'elle permet d'éviter et des avantages financiers qu'elle procure [7].

Dans le domaine de la santé publique, la vaccination figure parmi les meilleurs investissements. Elle procure une protection à vie contre les maladies en contribuant d'une part directement à la réduction des dépenses liées à la santé et d'autre part indirectement au développement économique par le développement cognitif, le niveau scolaire et la productivité du travail, le revenu, l'économie et l'investissement [8]. Depuis des années, la vaccination requiert une importance capitale. C'est dans cette optique qu'en 1974, l'OMS a lancé un programme de vaccination mondiale, connu sous le nom de Programme Elargi de Vaccination (PEV), comme l'une des interventions majeures de santé publique pour prévenir la morbidité et la mortalité infantiles. Depuis lors, des progrès significatifs ont été accomplis dans le développement de vaccins supplémentaires, et des vaccins homologués sont désormais disponibles pour prévenir plus de 25 maladies en Afrique [9]. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est l'un des programmes de santé publique les plus puissants et les plus rentables pour améliorer la survie de l'enfant [10]. La Côte d'Ivoire, à l'instar de nombreux pays membres de l'Organisation Mondiale de Santé, a adopté le PEV en 1978 [11]. Ce programme a pour but de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination chez les enfants de moins de 5 ans, chez les filles âgées de 9 ans et chez les femmes enceintes [12].

Chaque pays, dans l'optique de réduire la mortalité et la morbidité infantile, développe des stratégies pour une amélioration de la santé et du bien-être de ses populations comme le recommande l'Objectif numéro 3 du Développement Durable. La Côte d'Ivoire, en vue d'atteindre les ODD en rapport avec la santé, va par le biais du ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, avec l'appui technique et financier de ses partenaires, mettre dans sa politique sanitaire, l'offre suffisante de vaccins pour que chaque enfant en bénéficie gratuitement [12].

Le développement progressif des vaccins efficaces a au fil du temps permis d'augmenter l'adhésion et la demande de la vaccination. Les programmes de vaccination systématique protègent désormais la plupart des enfants du monde contre les maladies infectieuses qui faisaient autrefois des millions de morts tous les ans [9].

Malgré les efforts consentis au fil des années, des millions d'enfants vivant dans les pays en développement ne sont pas complètement vaccinés, ce qui les expose à des incapacités ou à des décès prématurés. En 2023, 14,5 millions d'enfants dans le monde n'avaient pas reçu la première dose de DTC (diphtérie-tétanos-coqueluche), ce qui est le signe d'un accès insuffisant à la vaccination et aux autres services de santé, et 6,5 millions de nourrissons supplémentaires n'étaient que partiellement vaccinés [13]. En 2024, 14,3 millions d'enfants n'avaient reçu aucun vaccin, 85% soit 109 millions avaient reçu les trois doses de DTC et 84% du vaccin antirougeoleux ; 31% des filles avaient reçu le vaccin contre le papillomavirus [14].

Dans de nombreux pays en développement, y compris en Côte d'Ivoire, des disparités persistent quant à l'accès, l'adhésion et la compréhension des programmes de vaccination. Ces enjeux sont souvent liés à la littératie vaccinale des parents en particulier de mères qui jouent un rôle central dans la santé de leurs enfants. La littératie vaccinale, un domaine spécifique de la littératie en santé (LS), est un concept relativement nouveau [15]. Bien qu'une définition unique et sans ambiguïté fasse encore défaut, le Health Literacy Survey Consortium la définit comme « les connaissances, la motivation et les compétences des individus pour trouver, comprendre et évaluer les informations liées à la vaccination afin de prendre des décisions adéquates en matière de vaccination » [16]. Elle ne se limite pas seulement à connaître les bienfaits des vaccins, elle inclut également la capacité de distinguer les informations fiables des fausses [17,18].

Malgré les efforts consentis par l'Etat ivoirien pour la disponibilité des vaccins et leur gratuité, la couverture vaccinale de la plupart des antigènes clés pour les enfants de moins de cinq ans n'est pas atteinte [19]. Selon le PNDS 2021-2025, sur seize (16) antigènes, seuls deux (le Penta 1 et le PCV13-1) ont atteint l'objectif national fixé de 95% tandis que le HPV (1 et 2) présente des taux de couvertures inférieurs à 50% au niveau national. Pour la vaccination de routine, le taux de couverture de Penta 3 était à 89,87% et cinquante (50) districts sur 113, soit 44,24% avaient atteint l'objectif national de 95%. Pour la vaccination antirougeoleuse, la couverture nationale était de 85,99% ; trente-huit (38) districts sur 113 avaient atteint l'objectif national de 95% [12]. En 2023, 162521 enfants en Côte d'Ivoire n'avaient reçu aucun vaccin (enfants zéro dose), 83% des enfants avaient reçu la première dose de DTC 1 et 79% de DTC 3 avec un taux d'abandon de 5% entre DTC1 et DTC3 [20].

Parmi les principaux obstacles qui freinent l'extension de la couverture vaccinale, figurent une compréhension insuffisante de l'importance de la vaccination, notamment au sein des populations les plus défavorisées ; le manque d'éducation sanitaire des populations pour le

suivi du calendrier vaccinal, une demande peu exprimée des services de vaccination, ainsi que la persistance des rumeurs infondées sur la vaccination [12,21,22].

Le succès des programmes de vaccination infantile ne se limite pas seulement à la disponibilité des vaccins et à l'accessibilité des services de santé ; il est lié également à l'acceptation de la vaccination par la population générale et plus spécifiquement les mères qui sont au cœur de décisions en matière de santé des enfants. Les mères jouent un rôle capital dans l'application effective des calendriers vaccinaux des enfants ; leur consentement constitue un levier fondamental pour l'amélioration des taux de couverture vaccinale dans la mesure où leurs connaissances, leurs perceptions et leurs attitudes influencent directement la décision de faire vacciner leurs enfants [22]. Il est donc important de prendre en compte les croyances parentales, leurs préoccupations, leurs opinions ainsi que leurs comportements vis-à-vis de la vaccination afin de préserver et renforcer la couverture vaccinale chez les enfants [23]. Une bonne littératie permet non seulement de connaître les calendriers vaccinaux mais de faire face aux rumeurs, de poser des bonnes questions aux professionnels de santé, et surtout de garantir une couverture vaccinale complète et en temps voulu [24]. Au-delà de l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale, de la prévention des maladies infantiles, très peu d'études dans notre contexte se sont intéressées aux aspects sociaux des connaissances, aux facteurs qui peuvent influencer le niveau de littératie des mères d'enfants utilisatrices des services de vaccination en matière de vaccination.

Question de recherche

Notre étude vise à répondre à la question suivante : quels sont les facteurs sociodémographiques, économiques, culturels et religieux qui influencent la littératie vaccinale chez les mères d'enfants de 0 à 5 ans à Abidjan ?

Hypothèses

Au-delà de cette question de recherche, nous formulons les hypothèses suivantes :

- Certains caractéristiques sociodémographiques et économiques seraient associées au bon niveau de littératie vaccinale chez les mères d'enfants de 0 à 5 ans à Abidjan ;
- Les mères ayant un niveau élevé d'éducation seraient plus susceptibles d'avoir un niveau de connaissance élevé en matière de vaccination et de respecter le calendrier vaccinal de leurs enfants ;
- Les croyances culturelles et religieuses, les sources d'information des mères influencent significativement la littératie vaccinale chez les mères.

Objectif

Objectif général

Étudier les facteurs associés à la littératie vaccinale des mères d'enfants de 0 à 5 ans, en vue de renforcer les stratégies de communication et de sensibilisation sur la vaccination à Abidjan.

Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques et économiques (âge, éducation, profession...) des mères ;
- Déterminer le niveau de connaissance des mères des enfants de 0 à 5 ans en matière de vaccination ;
- Identifier les principaux facteurs qui influencent la littératie vaccinale.

2. Revue de la littérature

2.1 Définition et importance de la littératie vaccinale

2.1.1 Littératie en santé

Le terme « littératie », issu du mot anglais « literacy », désigne les connaissances et les compétences dans le domaine de la lecture, l'écriture et de la parole (ou d'autres moyens de communication) et du calcul qui permettent aux personnes d'être efficaces en société et d'y participer [25]. L'OMS définit la littératie en santé comme un concept qui englobe le savoir, la motivation et les compétences d'un sujet lui permettant d'accéder à l'information sanitaire, de la comprendre, de l'évaluer et de l'appliquer afin de se former une opinion, prendre des décisions dans la vie quotidienne pour sa santé, prévenir les maladies et promouvoir sa santé, pour conserver ou améliorer sa qualité de vie et ceci tout au long de sa vie [26].

Plusieurs études ont mis en évidence l'impact déterminant de la littératie en santé sur les comportements sanitaires, le recours aux soins de santé, et par conséquent les résultats en matière de santé. Un faible niveau de littératie en santé est généralement associé à une utilisation moins optimale des services de santé, à une faible observance des traitements médicaux, ainsi qu'à une augmentation des coûts de santé liés à un recours tardif ou évitable aux soins [17]. Plusieurs études ont montré une association entre un faible niveau de littératie en santé et un taux élevé d'hospitalisations, une faible participation aux activités de prévention, une mauvaise autogestion des maladies chroniques, une moins bonne santé mentale et physique, une évolution défavorable des maladies et une mortalité élevée [27–30].

Aujourd'hui la littératie en santé est considérée comme un déterminant majeur de la santé publique [17]. Elle est reconnue comme un objectif mondial visant à renforcer la promotion de la santé grâce à des stratégies d'éducation et de communication optimisées pour

améliorer les résultats sanitaires [31]. La participation du patient à la prise de décision en santé, dans l'objectif de devenir acteur de son propre plan de soins constitue l'un des piliers fondamentaux de la médecine moderne [32].

Un faible niveau de littératie en santé exerce un impact négatif sur la santé individuelle et des populations [33]. Il est effet associé à divers comportements à risque, tels que la sédentarité, la consommation alcoololo-tabagique, une alimentation non équilibrée et des comportements sexuels à risque ; favorisant ainsi l'apparition précoce des pathologies chroniques comme le diabète, les cancers, les maladies cardiovasculaires, ...[34]. A l'inverse, un bon niveau de littératie en santé constitue une condition préalable à l'adoption des comportements sains [35].

La *figure n°1* illustre le cercle vicieux entre le faible niveau de littératie en santé d'une population et les conséquences sur sa santé, à savoir les comportements à risque, le mauvais suivi médical, des nombreuses hospitalisations en urgence, la mécompréhension thérapeutique et la survenue des pathologies chroniques ; tout cela en lien avec la faible participation aux programmes de dépistage et de prévention [36].

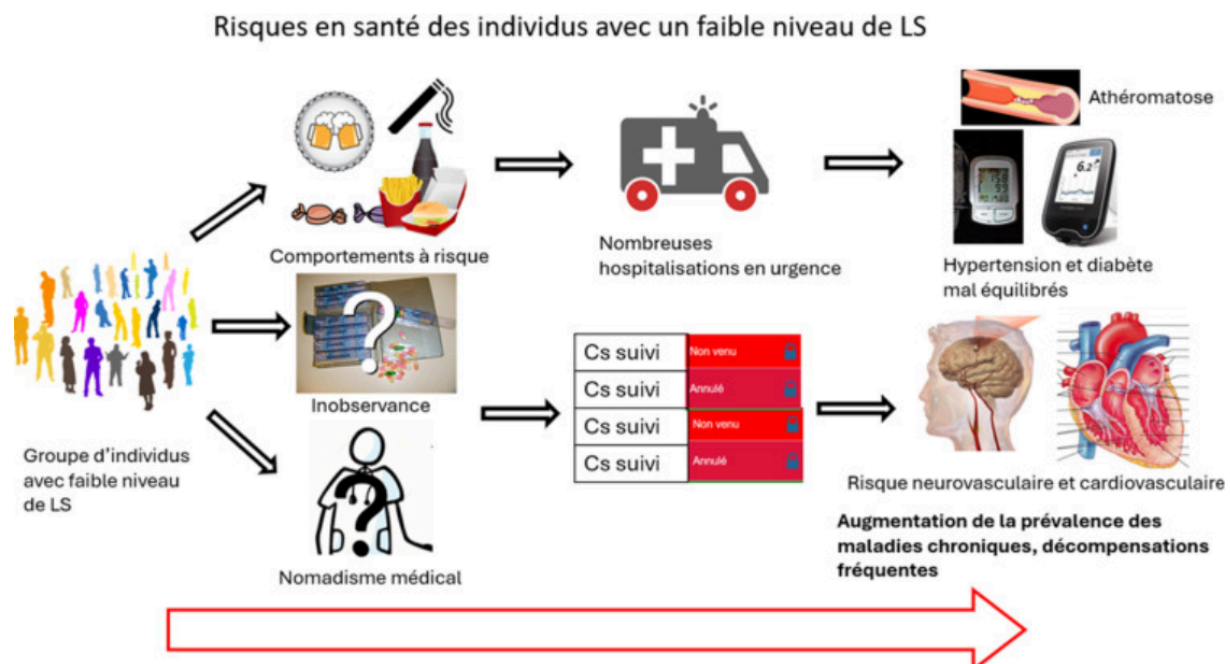


Figure 1 : Illustration du cercle vicieux du faible niveau de littératie en santé sur la population et les conséquences sur sa santé

(Source : Le Brun et al. La littératie en santé : définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe, conséquences pour la santé et moyens disponibles pour l'amélioration [34]).

2.1.2 La littératie vaccinale

Elle représente un domaine spécifique de la littératie en santé et repose sur le même principe que la littératie en santé [37]. Dans une revue systématique, plusieurs études font mention d'une corrélation positive entre la littératie en santé et les comportements

vaccinaux ; une littératie en santé élevée serait associée à une attitude plus positive envers la vaccination et à une plus grande adoption des vaccins [38]. La littératie vaccinale est un concept à multiples facettes ; le Health Literacy Survey Consortium la définit comme « les connaissances, la motivation et les compétences des individus pour trouver, comprendre et évaluer les informations liées à la vaccination afin de prendre des décisions adéquates en matière de vaccination » [39]. Elle s'intéresse donc à la compréhension des messages de sensibilisation relatifs aux interventions vaccinales, qu'il s'agisse des vaccinations de routine ou de campagnes de vaccination, ainsi qu'à leur niveau de connaissance et d'éducation en matière de vaccination [40]. Elle comporte plusieurs dimensions, à savoir la connaissance des vaccins (bénéfices, risques, calendrier vaccinal, la compréhension du fonctionnement des vaccins, la capacité à évaluer la crédibilité des informations sur les vaccins, l'aptitude à dialoguer avec les personnels de santé et la capacité à prendre des décisions sur la vaccination [24,41].

En 2011, Ratzan SC, chercheur à Harvard, introduit pour la première fois le concept de littératie vaccinale lors de l'examen des objectifs et stratégies de vaccination mondiale de l'OMS et le définit comme : la capacité des personnes à accéder, comprendre et évaluer les connaissances de base sur la vaccination et les services de vaccination, afin de prendre des décisions vaccinales appropriées [15]. Cette définition intègre les caractéristiques fonctionnelles, interactives/communicatives et critiques de la littératie en santé. Une bonne littératie vaccinale implique non seulement la connaissance des maladies prévenues par les vaccins et leur mode d'action mais aussi la compréhension des calendriers vaccinaux, des effets secondaires potentiels, des sources d'information fiables et la capacité à discerner les informations erronées [24].

La littératie vaccinale constitue un pilier fondamental de la santé publique dont l'importance se manifeste à plusieurs niveaux. En favorisant une meilleure information et compréhension au sein d'une population donnée, elle contribue directement à une amélioration et augmentation de la couverture vaccinale et indirectement à la prévention des flambées épidémiques des maladies évitables par la vaccination. Une étude menée par Brugha a montré une augmentation significative de 60 - 80% de la couverture vaccinale après six (06) mois de programme de formation communautaire par visite à domicile [42]. Aussi, un niveau élevé de littératie vaccinale permet une meilleure compréhension des bénéfices et des risques de la vaccination ; il permet de dissiper les craintes et les mythes, réduisant ainsi l'hésitation vaccinale qui est un phénomène complexe qui se pose à l'échelle mondiale influencé par la désinformation, la confiance, la complaisance et la commodité [9,41]. Le manque de connaissances ou de sensibilisation, constitue la principale cause de l'hésitation vaccinale [43]. Enfin, un bon niveau de littératie vaccinale renforce la confiance dans les systèmes de santé ; permet une prise de décision éclairée en ce qui concerne la vaccination et l'adhésion aux programmes de vaccination.

2.2 Modèles théoriques de la littératie en santé, fondement du comportement vaccinal

La littérature décrit plusieurs modèles théoriques qui expliquent le processus d'acquisition de connaissance/information, de compréhension des messages reçus jusqu'à la prise de décision et adopter un comportement.

2.2.1 Modèle de littératie de Nutbeam

En 2000, Nutbeam propose un modèle de littératie en santé qui est maintenant largement cité dans la littérature et est considéré par de nombreux chercheurs comme utile pour analyser et évaluer les compétences en littératie en santé requises dans diverses situations en santé [44]. Le chercheur Nutbeam à l'issue de ses recherches décrit trois niveaux de la littératie en santé à savoir la littératie en santé fondamentale ou fonctionnelle, la littératie en santé communicative ou interactive et la littératie en santé critique [33,45,46]. La littératie en santé fonctionnelle fait référence à la capacité d'obtenir, de comprendre et d'utiliser les informations de base. La littératie vaccinale fondamentale sera de comprendre les informations sur les vaccins tels que les noms des vaccins, les maladies qu'ils préviennent, le calendrier vaccinal et les lieux des vaccinations [47]. Elle implique également la reconnaissance des avantages fondamentaux de la vaccination, la prévention des maladies, la connaissance des effets secondaires courants des vaccins et l'utilisation des services de vaccination [48]. La littératie en santé interactive ou communicative quant à elle, est définie comme la capacité à discuter avec les professionnels de santé, à poser des questions, à interpréter les informations venant de diverses sources et à adapter ses connaissances à des nouvelles situations [45]. Enfin, la littératie critique consiste à apporter un jugement et à évaluer la pertinence des informations obtenues à partir de différentes sources puis à l'utiliser de façon à modifier son environnement et les situations pouvant impacter sa santé. Elle reflète la capacité d'obtenir, de comprendre et d'évaluer de manière critique les différentes sources d'informations et la capacité de s'engager dans un processus de prise de décisions [49].

2.2.2 Théorie du comportement planifié d'Ajzen (TCP)

Cette théorie explique comment les décisions présidant un comportement donné résultent d'un processus cognitif et émotionnel. L'auteur Ajzen décrit un groupe de facteurs qui influencent la prise de décision. Ces facteurs sont : les attitudes (bénéfices et risques perçus), les normes subjectives (croyances sociales) et le contrôle comportemental perçu (perception de la facilité ou difficulté à réaliser un comportement spécifique) [50]. Ces facteurs prédisent l'intention et le comportement d'une personne à adopter un comportement. Cette théorie trouve également des applications en santé publique, notamment dans la prévention des maladies; par exemple comprendre l'intention de se faire vacciner.

2.2.3 Le modèle des 7C

La littérature identifie plusieurs facteurs généraux comme influençant la décision de (ne) se faire vacciner. Les plus importants ont été résumés dans plusieurs modèles décrits par plusieurs auteurs. En 2018, Betsch et ses collaborateurs développent le modèle 5C qui rassemble 5 comportements influençant de façon considérable le choix et le comportement vaccinal. L'échelle 5C est fondée sur des modèles théoriques établis d'hésitation et d'acceptation de la vaccination et les relie à des comportements psychologiques pour expliquer le comportement de santé [51]. Les composantes du modèle 5C sont :

- La confiance qui fait référence à la confiance dans l'efficacité et la sécurité des vaccins, la fiabilité et la compétence des services et des professionnels de santé, la motivation des décideurs politiques qui décident de la nécessité de vaccination [52] .
- La complaisance existe quand les risques perçus de maladies évitables par la vaccination sont faibles et que la vaccination n'est pas considérée comme une mesure préventive nécessaire [52].
- Les contraintes qui font référence à la disponibilité du vaccin, son accessibilité financière et la volonté de payer, l'accessibilité géographique, la capacité de compréhension, l'attrait du service de vaccination qui affectent le recours [52].
- Le calcul qui fait référence à l'engagement des individus dans la recherche d'information approfondie. Il est lié aux risques perçus de la vaccination et de la maladie [53].
- La responsabilité collective est définie comme la volonté de se faire vacciner pour protéger les autres au moyen de l'immunité collective [54].

En 2022, Geiger et ses collaborateurs, afin de mieux capter les déterminants psychosociaux de l'hésitation vaccinale, ont élargi le modèle de 5C à 7C en ajoutant deux nouvelles composantes de la préparation à la vaccination à savoir :

- La conformité qui fait référence à la disposition à suivre les recommandations médicales, les règles et les obligations légales en matière de vaccination ;
- La conspiration qui fait référence à la tendance à approuver des croyances conspirationnistes (théories du complot) sur la vaccination [55].

2.3 La vaccination en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, la vaccination est coordonnée par deux structures sanitaires, l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) et la Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination (DCPEV) [12]. La DCPEV est chargée d'organiser à l'échelle nationale, la vaccination des populations vulnérables, principalement les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes, et d'assurer la surveillance des maladies cibles du PEV. La DCPEV met également en place des campagnes de rattrapage pour les enfants de 24 à 59 mois. L'INHP s'occupe des autres vaccins hors PEV [12].

2.3.1 Organisation du PEV en Côte d'Ivoire

Pour qu'un enfant de 0 à 23 mois soit complètement vacciné, le calendrier vaccinal prévoit huit (08) contacts :

Tableau 1 : Calendrier vaccinal PEV en vigueur en 2025 en Côte d'Ivoire

Âge	Contacts	Vaccins	Maladies
A la naissance	1er	DN Hép, BCG, VPO 0	Hépatite virale B, Tuberculose, Poliomyélite
A 6 semaines	2ème	DTC Hép B-Hib1, Rota 1, VPO 1, Rota 1, PCV 13-1, VPI 1	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite virale B, Poliomyélite, Méningite à Haemophilus Influenza de type b, Méningite à pneumocoque et infections respiratoires aiguës, Diarrhées à Rotavirus
A 10 semaines	3ème	DTC Hép B-Hib2, VPO 2, PCV 13-2, Rota 2	
A 14 semaines	4ème	DTC-Hép B-Hib3-VPO 3-PCV 13-3, VPI 2	
A 24 semaines	5ème	VAP1	Paludisme
32 semaines	6ème	VAP2	Paludisme
A 9 mois	7ème	RR1, VAA, Men A, VAP3	Rougeole, Rubéole, Fièvre jaune, Méningite A, Paludisme
A 15 mois	8ème	RR2, VAP4	Rougeole, Rubéole, Paludisme
A 9 ans (filles)	1er	HPV	Cancer du col de l'utérus, tétanos, diphtérie

Source : Page officiel Ministère de la santé, de l'Hygiène publique et de la couverture maladie universelle

Chez la femme, 5 contacts sont prévus. Les deux premiers sont espacés d'un mois, le troisième 6 mois après le deuxième et les deux derniers à intervalle d'au moins un an.

Tableau 2 : Calendrier vaccinal en vigueur chez les femmes enceintes en Côte d'Ivoire (DCPEV)

Vaccins	Période	Dose	Durée de protection
Tétanos, Diphtérie	A la 1ère CPN	Td1	Pas de protection
	4 semaines après le Td1 (2è CPN)	Td2	3 ans
	6 mois après le Td2	Td3	5 ans
	1 an après le Td3	Td4	10 ans
	1 an après le Td4	Td5	Protection à vie

CPN : Consultation prénatale

Td : Tétanos, diphtérie

Source : Page officielle DCPEV

2.3.2 La vaccination hors PEV

Elle concerne les activités de vaccination destinées au grand public : enfants de plus de 12 mois, adultes, les voyageurs, les entreprises, les collectivités et tout autres groupes organisés. Les vaccins hors PEV se distinguent de ceux de PEV par leur caractère recouvrable.

Tableau 3 : Vaccins hors PEV disponibles à l'INHP

Vaccins	Doses d'administration	Rappel	Prix en Fcfa
Typhim VI	0,5 ml	Tous les 3 ans	3500
Hépatite B	0,5 ml 3 doses espacées d'un mois	1 an après la 3è dose puis 2 rappels espacés de 5 ans	4500
Méningite ACYW135	0,5 ml	Tous les 3 ans	6500
Méningite AC	0,5 ml	Tous les 3 ans	2500
VAT	0,5 ml à j0, j30 et j80	2 rappels espacé d'un an	1000
VAR	0,5 ml à j0, j7, j21	1 an après la 1ère dose puis tous les 5 ans	8000
VAA	0,5 ml	Aucun	2500 sans carnet
ROR	0,5 ml 2 doses espacés d'un mois	Aucun	7500
PNEUMO	0,5 ml	Tous les 5 ans	9500
VAXIGRIP	0,5 ml	Tous les ans	7000

2.3.3 Les stratégies de vaccination en Côte d'Ivoire

En routine, trois principales stratégies sont mises en œuvre en Côte d'Ivoire pour offrir les services de vaccination aux populations cibles. Il s'agit de la stratégie fixe visant les populations à moins de 5 km d'un centre de santé, de la stratégie avancée pour les populations vivant dans un rayon de 5 à 15 km d'un centre de santé ; et de la stratégie mobile pour les populations à plus de 15 km d'un centre de santé. Par ailleurs, des stratégies spécifiques sont développées dans les districts sanitaires à l'endroit des populations spéciales. Afin de soutenir la vaccination de routine et prévenir l'éclosion d'une épidémie ou en réponse à une épidémie déclarée, le PEV organise au besoin des activités de vaccination supplémentaires (AVS) et des semaines d'intensification.

2.3.4 Couverture vaccinale

La santé publique France définit la couverture vaccinale comme la proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné. Elle correspond au rapport entre le nombre de personnes correctement vaccinées (c'est-à-dire ayant reçu à un âge donné le nombre de doses requises) et le nombre total de personnes qui auraient dû être vaccinées dans la même population [56]. Le PEV dans la mise en œuvre de ses activités de vaccination conformément aux recommandations de l'OMS considère un enfant complètement vacciné lorsqu'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTC-HepB-Hib contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* type B (Hib), et l'hépatite B, trois doses du vaccin contre la poliomyélite et le vaccin contre la rougeole. Tous ces vaccins devront être administrés au cours de la première année de vie selon le calendrier national de vaccination avec pour objectif un taux de couverture vaccinale national de 95% [8,12].

2.4 Facteurs associés à la littératie vaccinale

Plusieurs facteurs influencent la littératie vaccinale : les facteurs individuels (âge, éducation, profession...), les facteurs interpersonnels (famille, personnel de santé, ...) et les facteurs contextuels (accessibilité des services de santé, qualité de l'information, ...). A ces groupes de facteurs, s'ajoutent les sources d'information qui constituent un élément clé déterminant le niveau de connaissance des mères en matière de vaccination.

2.4.1 Les facteurs individuels

➤ Age et niveau d'éducation

L'âge maternel est un facteur déterminant de la littératie vaccinale. Par expérience, les mères plus âgées montrent une meilleure connaissance en matière de vaccination que les mères adolescentes et les jeunes adultes [57].

L'éducation, surtout l'éducation des mères, est un déterminant très important de l'utilisation des services de vaccination. Plusieurs études ont montré qu'un niveau d'éducation élevé est associé à une meilleure couverture vaccinale [58,59]. Les mères alphabétisées sont plus

susceptibles de comprendre correctement les informations sur les carnets de vaccination de leurs enfants, les notices sur les vaccins (le calendrier vaccinal, les bénéfices des vaccins, les effets secondaires possibles et l'importance du respect des rendez-vous) [60–62]. La lecture et la compréhension du contenu du carnet de santé de l'enfant permettent une meilleure connaissance des maladies évitables par la vaccination et des dates de rendez-vous pour la vaccination. A l'inverse, un faible niveau d'éducation est associé à un faible niveau de littératie vaccinale, ce qui entraîne une mauvaise compréhension du fonctionnement des vaccins, des rendez-vous manqués et aussi une influence des rumeurs et de la désinformation [63].

➤ **Niveau socio-économique**

La décision de se faire vacciner ou de faire vacciner son enfant est influencée de différentes manières par les facteurs économiques. Les inégalités socio-économiques peuvent se traduire par des disparités en matière de littératie vaccinale influençant la couverture vaccinale au sein de la population. Le revenu des parents peut affecter leur capacité à couvrir certains vaccins de leurs enfants [64].

2.4.2 Les facteurs interpersonnels

Bien que le concept de la littératie vaccinale ait tendance à se concentrer sur les compétences et les capacités individuelles, aujourd'hui on comprend beaucoup mieux l'influence de l'environnement dans lequel nous vivons. Le contexte dans lequel les individus obtiennent et comprennent les informations de santé les amène à agir en fonction de ces informations [65]. Plusieurs études menées en Afrique rapportent l'influence familiale, communautaire, des leaders religieux et des personnels soignants sur la littératie vaccinale et la prise de décision des mères en matière de vaccination de leurs enfants [66,67]. La qualité de l'interaction entre les mères et le personnel soignant est un facteur déterminant qu'il ne faut pas négliger. Le manque d'interaction entre les mères et les professionnels de santé lors des séances de vaccination a été rapporté comme un facteur expliquant la vaccination incomplète des enfants [68]. Des messages mal expliqués, des comportements perçus comme condescendants ou l'indisponibilité des professionnels de santé pourraient entraver la compréhension des messages liés à la vaccination [11,13]. Des expériences positives caractérisées par une communication claire, le respect des mères et une explication pédagogique des bénéfices et effets secondaires des vaccins favorisent une meilleure compréhension et une adhésion à la vaccination [69].

2.4.3 Les facteurs contextuels

Il s'agit des facteurs liés aux systèmes de santé, des expériences perçues comme négatives tels que le long temps d'attente, l'accessibilité, le manque de respect, la perte des carnets de vaccination, la rupture des vaccins, l'absence d'explication sur les bénéfices et les effets secondaires des vaccins [67,68,70]. Tous ces facteurs cités contribuent à la faible

connaissance des mères en matière de vaccination et affectent leur confiance, réduisant ainsi leur engagement et leur volonté de poursuivre la vaccination de leurs enfants [11,13,67].

2.5 Sources d'information

Les canaux par lesquels les mères tirent leurs informations déterminent leur niveau de connaissance en matière de santé [64]. Le contexte dans lequel les individus obtiennent et comprennent les informations de santé les amène à agir en fonction de ces informations [65]. Plusieurs études ont montré que la compréhension des bénéfices, du fonctionnement et du calendrier vaccinal par les mères est liée au statut vaccinal des enfants [24,71]. On distingue deux grands groupes de sources d'information, les sources formelles émanant des autorités de santé publique (institutionnelles et médicales) et informelles ou populaires (communautaires et interpersonnels). L'information issue de ces différentes sources d'information n'est pas sans conséquences directes sur le niveau de connaissance et notamment sur la décision des mères à vacciner leurs enfants [72].

2.6 Cadre conceptuel

La figure ci-dessous illustre l'influence des différents facteurs sur la littératie vaccinale jusqu'au changement de comportement vaccinal.

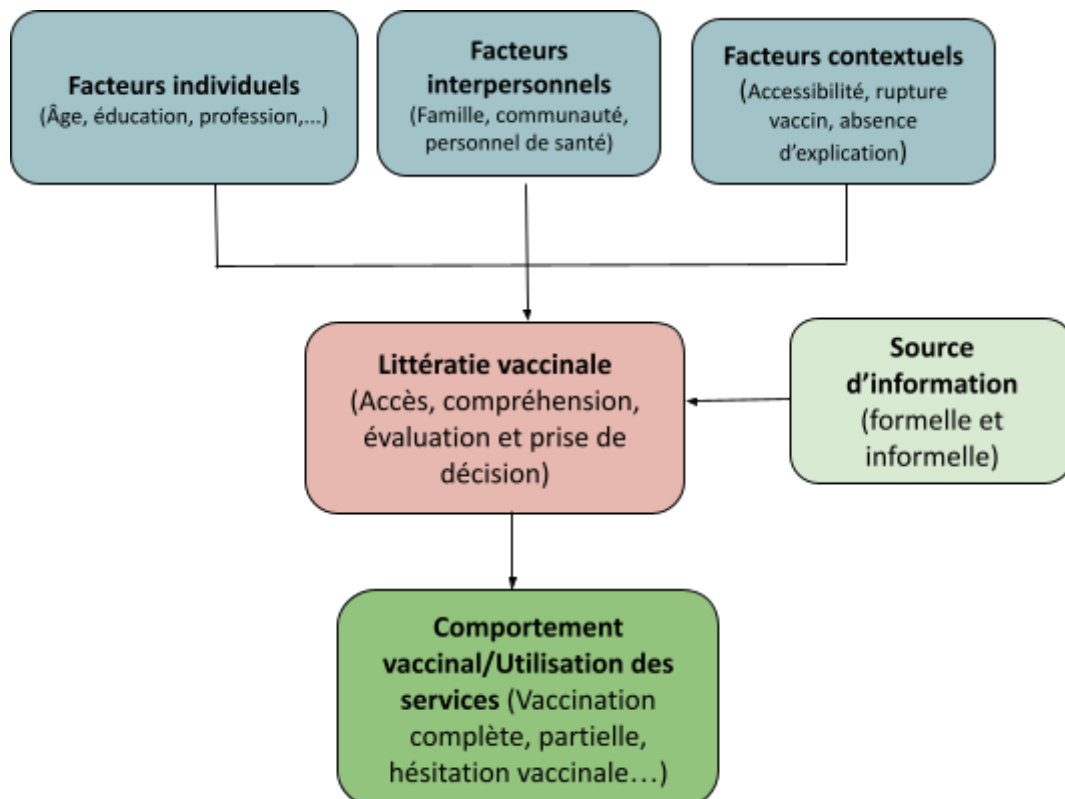


Figure 2 : Cadre conceptuel illustrant les facteurs associés à la littératie vaccinale

3. Méthodologie

3.1 Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le district autonome d'Abidjan qui est constitué de dix (10) communes (Abobo, Attécoubé, Adjamé, Cocody, Plateau, Port-Bouet, Koumassi, Marcory, Treichville et Yopougon) et trois (3) sous-préfectures (Anyama, Bingerville et Songon).

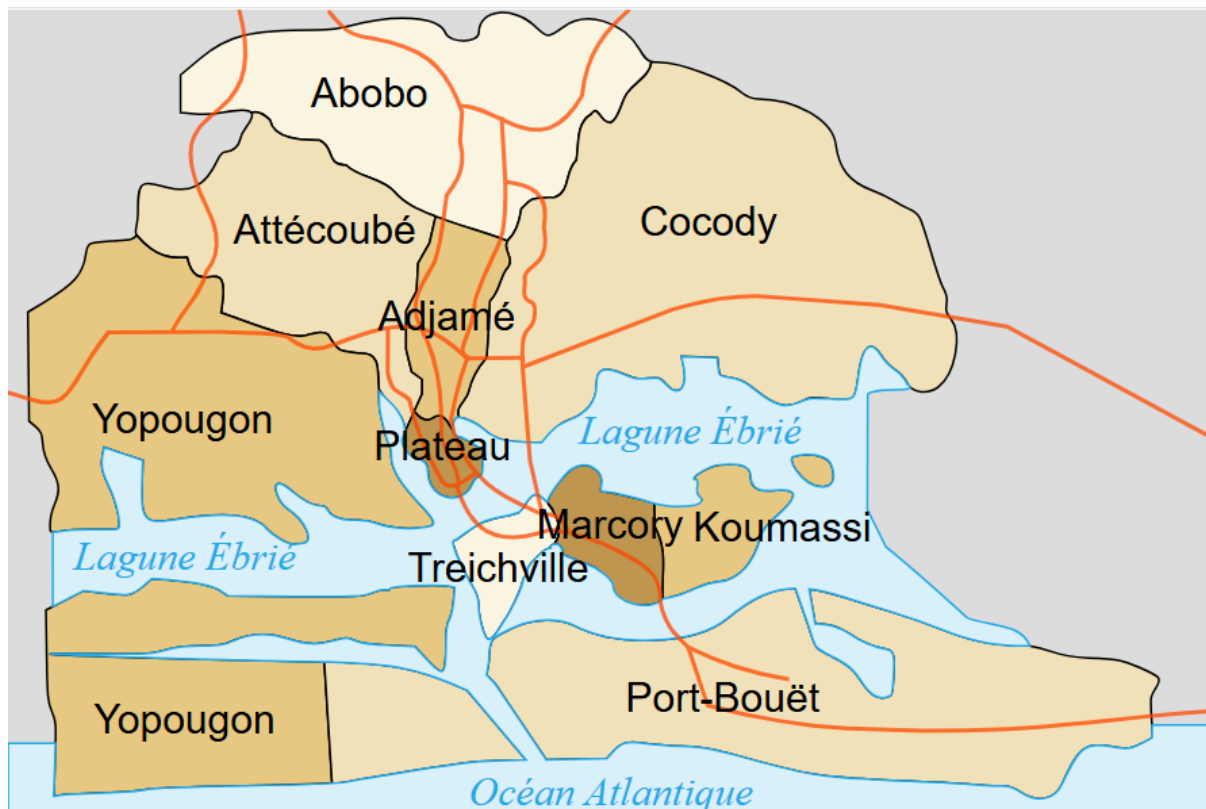


Figure 3 : Ville d'Abidjan (Abidjan-communes. Svg)

Source [73]

Cette étude a été réalisée au sein de trois (03) sites de vaccination en tenant compte du découpage administratif de la ville d'Abidjan :

- Dans la zone Sud, le choix s'est porté sur la direction de l'INHP d'Abidjan Sud située à Treichville ; précisément à l'unité PEV ;
- Dans la zone Nord, ce sont la formation sanitaire urbaine à base communautaire d'Abobo Baoulé et l'hôpital général de Cocody Bingerville qui ont été retenus.

Nous avons fait un choix raisonné en retenant ces trois services de vaccination présentant des profils contrastés à savoir :

- L'unité PEV de l'INHP de Treichville, qui accueille des utilisatrices issues de l'ensemble des communes d'Abidjan ;
- La formation sanitaire urbaine à base communautaire d'Abobo baoulé, localisée dans une commune périurbaine caractérisée par une forte paupérisation ;
- Et enfin, l'hôpital de Cocody-Bingerville, implantée dans la commune la plus huppée d'Abidjan.

3.2 Population d'étude

Notre population d'étude était constituée des mères d'enfants de 0 à 5 ans utilisatrices des services de vaccination (de l'INHP de Treichville, de l'Hôpital général de Cocody Bingerville et celui de la Formation sanitaire urbaine à base communautaire).

3.3 Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale analytique utilisant une approche quantitative réalisée de Mai à Août 2025 dans la ville d'Abidjan, auprès de mères d'enfants âgés de 0 à 5 ans.

- **Critère d'inclusion**

Pour être inclus dans l'étude, les participantes devraient :

- Être mère d'au moins un enfant âgé de zéro (0) à cinq (5) ans et résider à Abidjan ;
- Consentir à participer à l'étude
- Jouir de toutes ses facultés intellectuelles.

- **Critère de non inclusion**

- Les participantes n'ayant pas voulu participer à l'étude ;
- Être autre accompagnant en dehors de la mère.

3.4 Échantillonnage

Nous avons calculé la taille de notre échantillon d'étude à travers la formule de Daniel Schwartz :

$$n = (z)^2 * p * (1 - p) / i^2$$

n = taille de l'échantillon

z : 1,96

p : probabilité de 50%, soit une prévalence de 0,5

(1 - p) ou q : q = 0,5

i : marge d'erreur tolérée 0,05

Ainsi la taille minimale de l'échantillonnage est de $n = (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,05)^2 = 384$

3.5 Taille de l'échantillon

En tenant compte des non-répondants, la taille de l'échantillon a été majorée de 10%, portant ainsi le nombre total à **422** mères à enquêter.

3.6 Variables à étudier

- **Variable dépendante**

La variable dépendante de notre étude était la littératie vaccinale. Il convient de rappeler que la littératie vaccinale repose sur quatre (04) composantes principales : accéder, comprendre, juger et décider. Dans le cadre de notre étude nous l'avons appréhendée à travers le niveau de connaissance des mères en matière de vaccination, leurs principales sources d'information ainsi que leur capacité de compréhension des messages liés à la vaccination.

- **Variables indépendantes**

- Les caractéristiques sociodémographiques notamment l'âge de la mère, la situation matrimoniale de la mère et le nombre d'enfants.
- Les croyances culturelles et religieuses.
- Les caractéristiques socio-économiques : niveau d'instruction, profession et le revenu estimatif de la famille.
- Autres variables : source d'information, utilisation des services de vaccination.

3.7 Méthode, outils et procédure de collecte de données

- **Méthode**

La méthode utilisée était une enquête par interview face à face.

- **Outils de collecte des données**

Un questionnaire structuré anonyme a été élaboré sur Kobotoolbox (par l'auteure de ce travail) comprenant une section sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques ; les facteurs culturels et religieux ; les questions évaluant le niveau de connaissance et de compréhension des mères et les questions sur les principales sources d'information des mères en matière de vaccination.

- **Procédure de collecte et traitement des données**

La collecte des données s'est déroulée du 1er au 29 juin 2025 et a compris :

- Une phase préparatoire de trois (03) jours qui a été dédiée à la formation des enquêteurs, le questionnaire a été pré-testé auprès de dix (10) mères venues en consultation à l'antenne de l'INHP d'Abobo Baoulé et validé par l'équipe de recherche ;

- A suivi ensuite la phase de collecte des données. Les enquêteurs ont été des étudiants en santé, formés spécifiquement pour cette étude. Les données ont été collectées sur le logiciel Kobocollect installé dans des smartphones.
- La tâche des enquêteurs se résumait à la collecte des données à l'aide d'un questionnaire et à la vérification des données. Ils devaient s'assurer qu'elles étaient complètes, précises et correctement enregistrées. A la fin de la journée, toute l'équipe d'enquêteurs se retrouvaient avec la superviseure pour un briefing, passer en revue les difficultés éventuelles rencontrées pendant la collecte du jour afin de mieux préparer la journée suivante. La superviseure qui est l'auteure même de ce travail, contrôlait ensuite le remplissage de chaque questionnaire avant de transmettre les données sur le serveur.
- La base de données Excel issue de l'enquête sur Kobo collect a été traitée avant de l'analyser avec le logiciel SPSS 17.0.

3.8 Analyse des données

La variable dépendante de notre étude était le niveau de littératie vaccinale des mères d'enfants de 0 à 5 ans. Pour calculer le score de littératie vaccinale chez les mères, six variables ont été utilisées réparties entre la composante "Trouver ou accéder à l'information" et la composante "Comprendre", deux items de la définition de la littératie vaccinale. L'étude ayant été conduite dans un hôpital et deux sites de vaccination de la capitale, les composantes "critique" et "décision vaccinale" n'ont pas été intégrées à l'analyse ou le calcul de score du niveau de littératie vaccinale. En effet, la décision de recourir à la vaccination a déjà été prise par les mères et leur réflexion critique effectuée au préalable, ce qui limitait la pertinence de l'évaluation de ces deux composantes dans notre étude.

Ainsi pour la composante "Comprendre", nous avons pris en compte 5 variables afin d'évaluer le niveau de connaissance/compréhension des mères :

- Connaissance de l'âge du premier vaccin côté de 0 à 1 (1 point pour bonne réponse donnée et 0 point pour une mauvaise réponse).
- Connaissance du rôle des vaccins ou l'importance de la vaccination côté de 0 à 1 (prévenir les maladies/renforcer l'immunité = 1, guérir les maladies=0, Ne sais pas=0) ;
- Connaissance des vaccins infantiles (côté de 1 à 5 selon le nombre de bonnes réponses données) ;
- Connaissance des maladies évitables par la vaccination (côté de 1 à 5 selon le nombre de bonnes réponses données). Chaque bonne réponse obtenait 1 point et chaque mauvaise réponse ou manque de réponse obtenait 0 point ;
- Compréhension des messages liés à la vaccination côté de 1 à 4 points.

Le total des points de toutes les variables inclus varient entre 1 et 16. Nous avons choisi la moyenne 8 comme seuil. Un score de 0 à 8 est considéré comme indiquant un niveau de littératie vaccinale « faible », tandis qu'un score de 9 à 16 points, indiquait un niveau de littératie vaccinale « élevé ». Ce système de notation est similaire à celui rapporté par d'autres chercheurs [61,74–76]. Nous nous sommes inspirés du système de cotation de la littératie vaccinale du rapport du consortium HSL19 en adaptant le système de cotation fait dans d'autres études réalisées sur l'évaluation du niveau de connaissance.

Pour la composante “Trouver ou accéder à l'information”, nous nous sommes penchés sur les principales sources d'information des mères à travers lesquelles les mères accèdent aux informations sur la vaccination répartie en 4 groupes allant du plus fiable au moins fiable. Dans notre étude, hormis les agents de santé, les autres sources d'information choisies peuvent aussi bien véhiculer des informations fiables comme non fiables ; c'est pourquoi cette variable n'a pas été incluse dans le calcul de score de la littératie vaccinale.

Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS 17.0. Pour l'analyse bivariée, pour mesurer l'association entre la littératie vaccinale et les différentes variables, nous avons utilisé le test de Chi-2 de [pearson](#). Le seuil de significativité a été fixé à P inférieur à 0,05. Les variables présentant une valeur de P inférieure à 0,05 à l'analyse bivariée, ont été introduites dans un modèle de régression logistique. La force des associations a été exprimée en Odds Ratio (OR) avec les intervalles de confiance à 95%.

3.9 Aspects éthiques et administratifs

Nous avons au préalable obtenu plusieurs autorisations :

- Une autorisation de stage délivrée par le Directeur Général de l'INHP,
- Une autorisation d'enquête délivrée par l'Hôpital général de Cocody Bingerville, et
- Une autorisation d'enquête délivrée par la direction de la formation sanitaire à base communautaire d'Abobo Baoulé.

L'enquête a été conduite conformément aux principes éthiques de l'intégrité, de la confidentialité et du respect des participantes. La participation à cette étude a été volontaire et chaque participante a été libre de se retirer, sans justification, de l'enquête à tout moment, et cela sans conséquence. Un consentement éclairé a été obtenu de tous les participants avant leur inclusion dans l'étude. La confidentialité des données collectées et l'anonymat des participants ont été garantis.

4. Résultats

Au total 422 mères ont été interviewées sur les trois sites de vaccination :

- Formation sanitaire urbaine à base communautaire d'Abobo baoulé : 287 mères, soit 68% ;
- Hôpital général de Cocody de Bingerville : 80 mères, soit 19% ;
- Unité PEV à la direction de l'INHP à Treichville : 55 mères, soit 13%.

4.1 Profil sociodémographiques et économiques

4.1.1 Age

L'âge moyen des mères était de 29,07 (≈ 29 ans), avec des extrêmes de 17 et 49 ans. La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée dans 51,7% des cas.

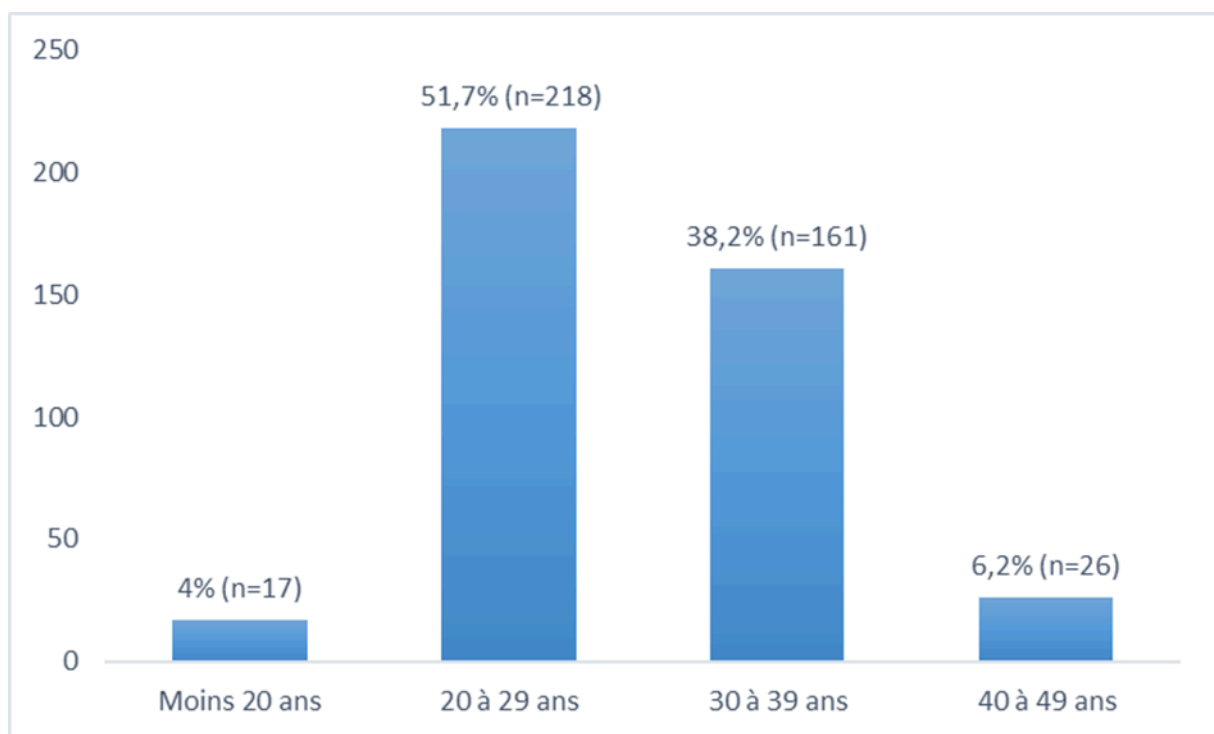


Figure 4 : Répartition des mères selon la tranche d'âge

4.1.2 Statut matrimonial

Les mères d'enfants affirmaient être en couple dans 83,4% des cas. Par ailleurs, les mères célibataires représentaient 15,1%.

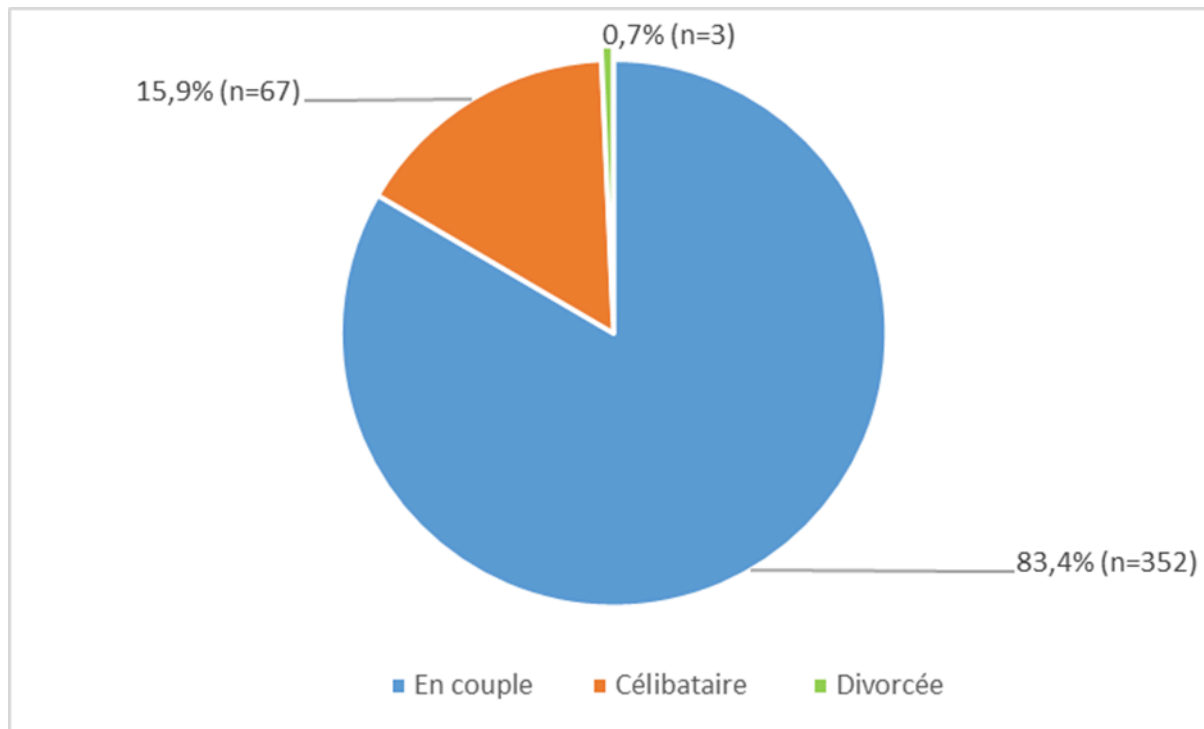


Figure 5 : Répartition des mères selon le statut matrimonial

4.1.3 Niveau d'éducation

Tableau 4 : Répartition des mères selon le niveau d'éducation

Niveau d'éducation	Effectif	Pourcentage
Aucune	106	25,1
Primaire	80	19,0
Secondaire	142	33,6
Supérieur	94	22,3
Total	422	100,0

Un tiers des mères (33,6%) avait atteint le niveau secondaire. Par ailleurs, un quart des mères (25,1%) n'avaient jamais été scolarisées.

4.1.4 Commune de résidence

Tableau 5 : Répartition des mères selon les différentes communes de résidence

Commune	Effectif	Pourcentage
Abobo	238	56,4
Bingerville	84	20
Cocody	44	10,4
Attecoube	22	5,2
Koumassi	17	4,0
Marcory	7	1,7
Yopougon	5	1,2
Treichville	4	0,9
Port-Bouet	1	0,2
Total	422	100,0

La majorité des mères (56,4%) résidaient dans la commune d'Abobo, suivie de Bingerville (20%) et Cocody (10,4%).

4.1.5 Catégorie socio-professionnelle

La majorité des mères d'enfants exerçait une profession libérale dans 45,7% des cas suivi des ménagères dans 31,5% des cas.

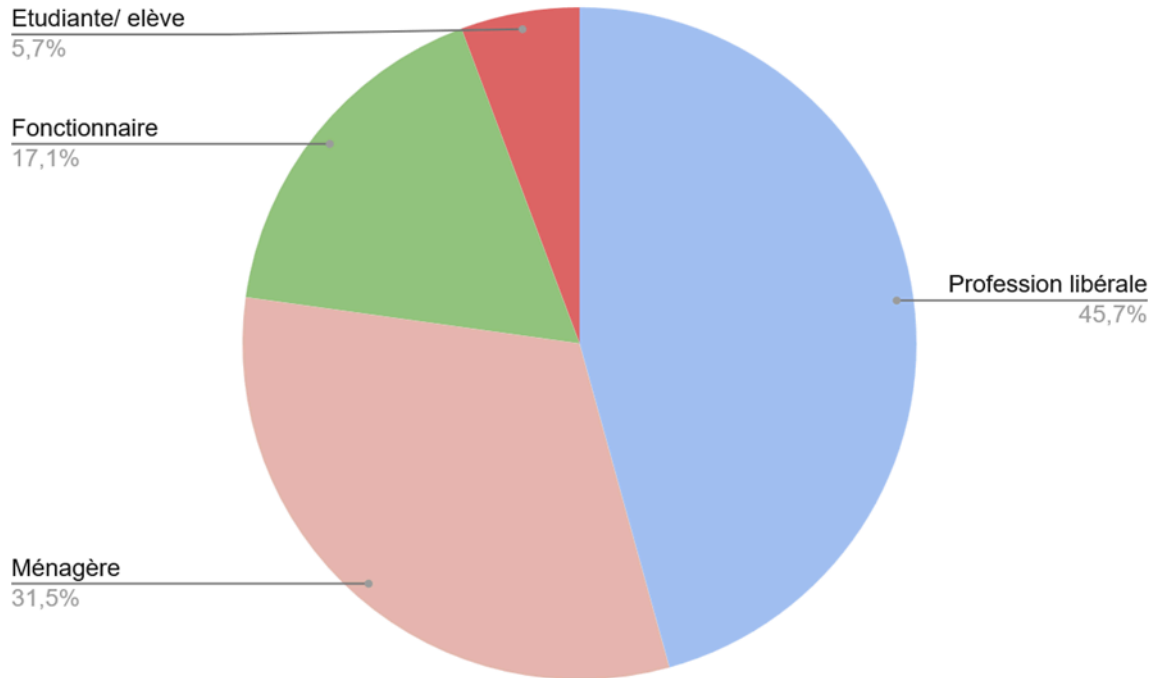


Figure 6 : Répartition des mères selon la catégorie socio-professionnelle

4.1.6 Nombre d'enfant par mère

Tableau 6 : Répartition des mères selon le nombre d'enfant

Nombre d'enfant	Effectif	Pourcentage
1	154	36,5
2	130	30,8
3	69	16,4
4	36	8,5
5	22	5,2
6	10	2,4
7	1	0,2
Total	422	100,0

Plus de la moitié des mères avaient un ou deux enfants. Nombre moyen d'enfants par mère était $2,23 \approx 2$; minimum 1, Maximum 7.

4.1.7 Revenu mensuel du couple

Tableau 7 : Répartition des mères selon le revenu estimatif du couple

Revenu estimatif des ménages	Effectif	Pourcentage
< 75000	39	9,2
75000-150000	170	40,3
150001 à 500000	196	46,4
> 500000	17	4,0
Total	422	100,0

Les parents d'enfants avaient un revenu mensuel estimatif compris entre 150 001-500 000 FCFA dans 46,4% des cas.

4.2 Croyances culturelles et religieuses

4.2.1 Religion

Tableau 8 : Répartition des mères selon leur appartenance religieuse

Appartenance religieuse	Effectif	Pourcentage
Chrétienne	294	69,7
Musulmane	123	29,1
Autre	4	0,9
Aucune	1	0,2
Total	422	100,0

La religion chrétienne était la plus représentée (69,7%) suivie de l'islam (29,1%).

4.2.2 Croyance culturelle

Tableau 9 : Hésitation vaccinale et croyance culturelle

Hésitation en raison des croyances Culturelles	Effectif	Pourcentage
Non	329	78,0
Oui	93	22,0
Total	422	100,0

Plus d'une mère sur cinq (22%) a rapporté avoir hésité à vacciner son enfant en raison de croyances culturelles.

4.3 Littératie vaccinale

4.3.1 Principales sources d'information

Tableau 10 : Répartition des mères selon leur principale source d'information

Source d'information	Effectif	Pourcentage
Agent de santé	392	92,9
Famille	25	5,9
Leader religieux	2	0,5
Média / radio/ télévision	3	0,7
Total	422	100,0

La principale source d'information des mères en matière de vaccination était les agents de santé dans 92,9 % des cas, suivi de la famille.

4.3.2 Rôle des vaccins

Tableau 11 : Répartition des mères selon leur connaissance du rôle des vaccins

Rôle des vaccins	Effectif	Pourcentage
Prévenir les maladies	265	62,8
Renforcer l'immunité des enfants	216	51,2
Je ne sais pas	30	7,1
Guérir les maladies	4	0,9

Plus de deux tiers des mères (62,8%) affirmaient que le rôle des vaccins était de prévenir les maladies chez les enfants, tandis que 7,1 % des mères affirmaient ne pas connaître le rôle des vaccins.

4.3.3 Age du début de vaccination chez l'enfant

Tableau 12 : Répartition des mères selon leur connaissance de l'âge du début de vaccination

Age du début de vaccination	Effectif	Pourcentage
A la naissance	407	96,4
A 3 mois	5	1,2
A 9 mois	1	0,3
Autre	9	2,1
Total	422	100,0

La quasi-totalité des enquêtées (96,4%) savaient que la vaccination de l'enfant débute à la naissance.

4.3.4 Connaissance des maladies évitables par la vaccination

Tableau 13 : Répartition des mères en fonction de leur niveau de connaissance des maladies évitables par la vaccination

Niveau de connaissance des maladies évitables	Effectif	Pourcentage
Connaissance passable	202	47,9
Bonne connaissance	123	29,1
Très bonne connaissance	97	23,0
Total	422	100,0

Presque un quart (23%) des mères avait une très bonne connaissance des maladies cibles de la vaccination. Tandis que 47,9% avaient une connaissance jugée passable.

4.3.5 Connaissance des noms des vaccins infantiles

Tableau 14 : Répartition des mères en fonction de leur niveau de connaissance des noms des vaccins infantiles

Niveau de connaissance	Effectif	Pourcentage
Faible	184	43,6
Moyen	188	44,5
Bon	50	11,8
Total	422	100,0

Le niveau de connaissance des noms des vaccins infantiles était faible dans 43,6% des cas ; moyen dans 44,5% des cas et bon dans seulement 11,8%.

4.3.6 Compréhension des informations vaccinale

Tableau 15 : Répartition des mères en fonction de leur compréhension des informations sur la vaccination

Compréhension des informations sur la vaccination	Effectif	Pourcentage
Toujours	336	79,6
Quelques fois	65	15,4
Rarement	15	3,6
Jamais	6	1,4
Total	422	100,0

Plus de trois quarts des mères affirmaient avoir une bonne compréhension des informations concernant la vaccination

4.3.7 Score de littératie vaccinale des mères

Tableau 16 : Répartition des mères en fonction de leur niveau de littératie vaccinale

Niveau de littératie	Effectif	Pourcentage
Faible niveau de littératie	137	32,5
Niveau de littératie élevé	285	67,5
Total	422	100,0

Globalement, plus de deux tiers (67,5%) des mères présentaient un niveau de littératie élevé contre un tiers (32,5%) de faible niveau.

4.3.8 Utilisation de service de vaccination et suivi du calendrier vaccinal

Tableau 17 : Répartition des mères en fonction du respect du calendrier vaccinal

Respect du calendrier vaccinal	Effectif	Pourcentage
Oui	337	79,9
Non	85	20,1
Total	422	100,0

Au moins 20% des mères affirmaient avoir manqué au moins un rendez-vous vaccinal.

4.3.9 Raisons de vaccination manquée

Tableau 18 : Répartition des mères en fonction des raisons de vaccination manquée (n=85)

Raisons de vaccination manqué	Effectif	Pourcentage
Oubli	24	28,2
Voyage	18	21,2
Maladie de l'enfant/mère	12	14,1
Vaccin cher	10	11,8
Rupture de vaccin	8	9,4
Manque de temps	7	8,2
Je ne savais pas	3	3,5
Négligence	3	3,5
Total	85	100,0

L'oubli de la vaccination a été rapporté dans 28,2% des cas comme principale raison d'un rendez-vous vaccinal manqué. Cependant, les raisons évoquées par les mères concernant les rendez-vous manqués des vaccins hors PEV étaient la cherté et la rupture des vaccins respectivement dans 11,8% et 9,4% des cas tout vaccin confondu.

4.3.10. Facteurs associés à la littératie vaccinale

Tableau 19 : Caractéristiques sociodémographiques, économique, croyances et niveau de littératie vaccinale

Variables	Niveau de littératie vaccinale				p
	Faible		Elevé		
	n	%	n	%	
Caractéristiques sociodémographiques et économiques					
Tranches d'âges					
< 20 ans	10	58,8	7	41,2	0,000
20 à 29 ans	85	39,0	133	61,0	
30 à 39 ans	38	23,6	123	76,4	
40 à 49 ans	4	15,4	22	84,6	
Total	137	32,5	285	67,5	
Statut matrimonial					
Célibataire	23	34,4	44	65,7	0,292
Divorcé	0	0	3	100,0	
En couple	114	32,4	238	67,6	
Total	137	32,5	285	67,5	
Niveau d'éducation					
Aucune	61	57,5	45	42,5	0,000
Primaire	31	38,8	49	61,3	
Secondaire	38	26,8	104	73,2	
Supérieur	7	7,4	87	92,6	
Total	137	32,5	285	67,5	
Revenu estimatif ménage					
< 75000	18	46,2	21	53,8	0,000
75000-150000	73	42,9	97	57,1	
150001-500000	45	23,0	151	77,0	
> 500000	1	5,9	16	94,1	
Total	137	32,5	285	67,5	
Religion					
Aucune	1	100,0	0	0,0	0,000
Autre	1	25,0	3	75,0	
Chrétienne	75	25,5	219	74,5	
Musulmane	60	48,8	63	51,2	
Total	137	32,5	285	67,5	
Hésitation vaccinale et croyances culturelles					
Non	108	32,8	221	67,2	0,765
Oui	29	31,2	64	68,8	
Total	137	32,5	285	67,5	

- L'analyse bivariée montre que le niveau de littératie vaccinale est statistiquement associé à l'âge, au niveau d'éducation, au revenu mensuel et à la religion ($p=0$; $< 0,05$). Par contre le statut matrimonial n'est pas statistiquement significatif ($p=292$, $> 0,005$).
- Les mères (22%) ont affirmé avoir hésité au moins une fois en raison des croyances culturelles, toutefois cette variable n'est pas statistiquement significative ($p= 0,765$; supérieur à $0,05$).

Tableau 20: Facteurs associés à la littératie vaccinale

Variables	n	% LV élevé	OR	IC 95%		p
Tranches d'âges						
< 20 ans	17	41,2	Référence	-		0,000
20 à 29 ans	218	61	2,23	0,81	6,09	
30 à 39 ans	161	76,4	4,62	1,64	12,98	
40 à 49 ans	26	84,6	7,85	1,83	33,09	
Niveau d'éducation						
Aucune	106	42,5	Référence	-		0,000
Primaire	80	61,3	2,14	1,18	3,87	
Secondaire	142	73,2	3,71	2,17	6,33	
Supérieur	94	92,6	16,85	7,12	39,87	
Revenu estimatif						
< 75000	39	53,8	Référence	-		0,000
75000-150000	170	57,1	1,13	0,56	2,29	
150001 à 500000	196	77	7,67	4,16	14,13	
> 500000	17	94	13,71	1,65	113,8	

*chi2 de Pearson

- Les mères âgées de 40 à 49 ans ont 7 fois plus de chance d'avoir un niveau élevé de littératie vaccinale que les mères plus jeunes ; (OR=7,85, IC= 0,81- 6,09).
- Les mères ayant fait des études supérieures ont 16 fois plus de chance d'avoir un niveau élevé de littératie vaccinale que celles sans instruction (OR=16,85, IC= 7,12 - 39,87) .
- Les mères ayant un revenu supérieur à 500.000Fcfa ont 13 fois plus de chance d'avoir un niveau de littératie élevé que les mères qui ont un revenu inférieur (OR=13,71; IC=1,65 - 113,8).

5. Discussion

Notre étude avait pour objectif d'étudier les facteurs associés à la littératie vaccinale chez les mères d'enfants de 0 à 5 ans.

5.1 Facteurs sociodémographiques et socioéconomiques

L'âge moyen des mères était de 29 ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 29 ans (51,7 %). Nos résultats sont similaires à ceux de Kébé et coll au Mali en 2021; Kamani et coll au Cameroun en 2020 ; et à ceux de Lansana et coll en Guinée en 2024 qui ont trouvé respectivement un âge moyen de 28,11 ans [9] ; 27 (± 6) ans [77] ; et 26,2 ($\pm 0,37$) ans [78]. L'analyse multivariée révèle que les mères âgées de 40 à 49 ans ont sept (7) fois plus de chance d'avoir un niveau élevé de littératie vaccinale que les femmes moins âgées. Ce résultat rejoint également les conclusions de Attoh-Touré et coll en 2017 en Côte d'Ivoire [60]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les mères plus âgées ont une grande expérience parentale qui se traduit par une maturité accrue dans la prise de décision en matière de santé de leurs enfants. Aussi les contacts répétés des mères avec les agents de santé et aux services de vaccination ont permis de renforcer la confiance de ces dernières aux programmes de vaccination. Cette expérience permet une meilleure compréhension et appropriation plus consciente des messages des agents de santé.

Dans notre étude, la majorité des mères interrogées avaient un niveau d'éducation secondaire (33,6%). Dans une autre étude réalisée en Côte d'Ivoire en 2017, Attoh-Touré et coll avait plutôt rapporté un niveau d'éducation supérieur dans 51,3% [60]. Nos résultats sont similaires aux résultats de Kamani et coll au Cameroun en 2021 ; Kalambayi et coll en RDC en 2015 et à ceux de Bengaly au Mali en 2020 qui avaient rapporté également un niveau d'éducation secondaire respectivement dans 72,3% [77] ; 51,3% [64] et 51% des cas [79]. Les niveaux d'études secondaire et élevé des mères retrouvés dans ces différentes études pourraient s'expliquer par le choix du site d'étude en milieu urbain où la scolarisation est de règle. Il faut aussi noter que les femmes non instruites sont plus exposées à la désinformation et aux rumeurs sur la vaccination, conséquence directe de leur faible niveau

de connaissance en matière de vaccination qui ne leur permet pas de faire une bonne analyse critique.

Plus de 3/4 des mères interrogées étaient mariées (83,4%). Nos résultats se rapprochent de ceux de Konaté et coll au Mali en 2018 qui avait noté une prédominance des femmes mariées dans 95,3% des cas leur étude [80]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans nos contextes africains et sociétés, la maternité est généralement attendue après le mariage.

La majorité des mères enquêtées (46,4%) affirmaient que leur couple avait un revenu mensuel estimatif compris entre 150001 Fcfa et 500000 Fcfa. Ces résultats sont différents de ceux de Kamani et coll au Cameroun en 2020 qui rapportent un revenu mensuel de 50000 Fcfa dans 74% des cas [77]. Ceci pourrait s'expliquer par la différence entre les choix des sites. L'étude de Kamani a été réalisée en milieu rural où nous remarquons une nette différence en termes de besoin financier ou de cherté de vie. L'analyse multivariée révèle également un lien statistiquement significatif entre le revenu mensuel du couple et le niveau de connaissance des mères. Il faut souligner qu'avoir un niveau socio-économique élevé permet à une fille/femme de poursuivre ses études et d'être financièrement indépendante ; ce qui influence directement le niveau de littératie vaccinale de cette dernière. Les différences entre les classes sociales ne doivent pas être négligées.

5.2 Croyances culturelles et religieuses

Concernant l'appartenance religieuse, la religion chrétienne a été la plus prédominante dans notre étude (69,4%). Nos résultats sont supérieurs à ceux de Attouh-Touré et coll en 2017 en Côte d'Ivoire qui avaient rapporté un taux de 58,4% de religion chrétienne dans leur étude [60].

Dans notre étude, une mère sur cinq a affirmé avoir hésité au moins une fois en raison des croyances culturelles. Plusieurs études rapportent l'influence des croyances culturelles et religieuses sur l'hésitation vaccinale. C'est le cas de Osuagwu et coll en Afrique du Sud en 2023 [81] et de Fouda et coll au Cameroun en 2024 [82]. Les croyances culturelles influencent fortement la perception des mères avec un impact direct sur leur niveau de connaissance vaccinale. Dubé et coll soulignent que l'hésitation vaccinale est souvent liée à des facteurs sociaux et culturels indépendants du déficit d'information en matière de vaccination [71]. Ce résultat met en lumière l'influence des croyances culturelles sur le comportement vaccinal qui découle du niveau de littératie. La littératie vaccinale, bien qu'essentielle, ne garantit pas à elle seule l'adhésion aux programmes de vaccination, les croyances culturelles et les normes sociales doivent être prises en compte dans les stratégies de communication.

5.3 Connaissance en matière de vaccination

Notre étude révèle que la majorité (96,4%) des mères interrogées ont affirmé que la vaccination débutait à la naissance. Nos résultats rejoignent ceux de Konaté et coll, qui au Mali en 2018, avaient noté également que les mères avaient affirmé que l'enfant recevait son premier vaccin BCG à la naissance ou après une semaine de vie dans 98,26% des cas [80]. Ce résultat est encourageant et souligne l'importance de poursuivre les activités de sensibilisation afin de consolider les connaissances des mères.

Concernant le rôle des vaccins, dans notre étude, la majorité (62,8%) des mères ont affirmé que le rôle des vaccins était de prévenir les maladies. Nos résultats sont similaires à ceux de Lansana et coll en Guinée en 2024 qui ont rapporté dans leur étude que 65,26% des mères avaient affirmé que les vaccins préviennent les maladies et 9,93% qui ne connaissaient pas les rôles des vaccins [78]. Aussi Bengaly au Mali en 2019; Dubois en 2013 au Sud de la Réunion, Etana et coll en Ethiopie en 2012, et Aksoku et coll en Turquie en 2024 avaient noté respectivement dans leurs travaux de recherche 86,6% [23], 94,3% [35], 79,5% [83] et 70% [80] des mères ayant affirmé que les vaccins préviennent les maladies. Ceci s'explique par l'importance qu'accordent les mères à la vaccination et à la santé de leurs enfants. Aussi, ce résultat témoigne du travail remarquable de sensibilisation que le ministère de la santé à travers le personnel de santé fait sur le terrain que ce soit dans les formations sanitaires, les hôpitaux ou à travers les campagnes de sensibilisation et vaccination de masse auprès de la population.

Les résultats de notre étude montrent que seulement 23% des mères avaient une très bonne connaissance des maladies évitables par la vaccination. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Bengaly au Mali en 2019 qui rapporte dans son étude que 10,9% des enquêtées avaient un très bon niveau de connaissance des maladies évitables par la vaccination [79]. Nous avons trouvé un bon niveau de connaissance des maladies évitables par la vaccination dans 29,1% des cas. Ces résultats sont inférieurs à ceux de Lansana et coll en Guinée en 2024 qui avaient noté un bon niveau de connaissance des maladies cibles de vaccination dans 35,2% des cas dans leur étude [78]. Ce résultat témoigne qu'il y a toujours des mères moins exposées aux informations de la promotion de santé, voire de la vaccination.

5.4 Niveau de littératie vaccinale

A l'issue de notre étude, le faible niveau de littératie vaccinale était retrouvé dans 32,5% et le bon niveau de littératie dans 67,5% des cas. Nos résultats sont similaires aux résultats de Cadeddu et coll en Italie en 2022 qui avaient rapporté dans leur étude un faible niveau de littératie vaccinale dans 32,4% [84]. A l'issue de l'analyse bivariée, l'âge, l'éducation des mères, le revenu mensuel de la famille et la religion étaient statistiquement significatifs (p inférieur à 0,05). L'âge, l'éducation des mères, le revenu de la famille et la religion, étaient donc associés à la littératie vaccinale dans notre étude. Ces associations ont été également

notées dans le rapport international HLS19 en 2025 (une étude réalisée en Europe incluant 11 pays) ; l'âge était associé à la littératie vaccinale dans quatre (04) pays sur onze (11) à savoir : la Bulgarie, la République Tchèque, l'Allemagne et l'Irlande. L'éducation était associée à la littératie vaccinale dans cinq (05) pays sur onze 11 à savoir : la Bulgarie, la République Tchèque, l'Irlande, la Norvège et la Slovaquie [85]. Aussi Zhang et ses collaborateurs, dans leur étude réalisée en Chine en 2020, ont noté également que l'âge, l'éducation étaient associés à la littératie vaccinale [86]. Avoir un bon niveau de littératie vaccinale est lié au niveau d'éducation. Le niveau d'instruction d'une mère est l'un des déterminants du recours aux soins de santé. L'éducation permet une facilité de lecture et de compréhension du carnet de santé des enfants. Elle favorise également une meilleure connaissance et maîtrise des maladies évitables par la vaccination et des dates de rendez-vous de vaccination. Aussi les femmes vivant en milieu urbain, majoritairement scolarisées et plus instruites, plus exposées à la modernité, sont plus enclines à vacciner leurs enfants que leurs consœurs du milieu rural.

Cadeddu et coll dans leur étude en 2022, ont trouvé également une association entre le niveau socioéconomique et le niveau de littératie vaccinale [84]. Selon ces auteurs, le taux de vaccination était plus faible chez les personnes de statut socio-économique inférieur. Ce résultat nous rappelle les inégalités liées aux différents groupes socio-économiques bien connus et discutés dans le domaine de la prévention et de l'accès aux soins de santé en général. Qu'on soit issu d'un pays du sud ou du nord, la problématique du niveau de richesse des ménages constitue un frein à l'accès aux soins de santé en particulier aux soins préventifs. Dans une étude réalisée en RDC, il a été observé que les enfants issus des ménages pauvres ont moins de chance d'être vaccinés que ceux issus des familles riches. En effet, le revenu des parents peut affecter la capacité des parents à couvrir même les besoins les plus élémentaires de leurs enfants [64]. Ce sujet mérite d'être débattu ou résolu par l'ensemble des acteurs notamment ceux travaillant dans le domaine de la santé publique, les institutions et les gouvernements afin de répondre à l'ODD numéro 10 concernant la réduction des inégalités entre les pays et en leur sein tel que défini dans l'agenda 2030 des nations Unies.

5.5 Principales sources d'information

En ce qui concerne les principales sources d'information, nos résultats montrent que 92,9% des mères identifiaient les agents de santé comme principale référence en matière de vaccination. Ce résultat est similaire à ceux de Nguefack au Cameroun en 2018 qui avait rapporté que la principale source d'information des mères était le personnel de santé dans 68,4% des cas, suivi des voisins dans 26,6% et des médias dans 22,6% [6]. Aksoku et coll en Turquie en 2024, Kyprianidou et coll en Chypre en 2021 rapportent également que la principale source d'information des mères était les médecins dans 73,7% [23] et 92,3% des cas [61]. Ce raisonnement souligne l'importance de renforcer la confiance de la population

envers les vaccins à travers les agents de santé qui sont des interlocuteurs de choix pour dissiper les fausses informations. Le personnel de santé doit profiter de cette confiance pour véhiculer à chaque occasion de manière bienveillante des informations à l'endroit des mères. Instaurer un dialogue ouvert et respectueux avec les mères d'enfants afin de permettre à ces dernières de se sentir à l'aise pour poser des questions et exprimer leurs préoccupations. Nos résultats sont différents de ceux de Bisvigou et coll au Gabon en 2024 qui avaient rapporté dans leur étude que les principales sources d'informations des mères étaient les discussions familiales (40,5%) et les médias traditionnels (35,4%) [87]. Nadjib et coll au Tchad en 2018 rapportent dans leur étude que la principale source d'information des mères était la radio locale et les agents vaccinateurs [88]. Plusieurs études rapportent que les mères qui tiraient les informations des conseils des personnels de santé vaccinaient mieux leurs enfants. Une bonne performance s'obtient par l'établissement d'une forte relation parents-personnel de santé. Car elle favorise la fréquentation des services de santé et par conséquent la maîtrise du calendrier vaccinal avec les dates exactes et pour finir une vaccination complète des enfants [83].

5.6 Utilisation de service de vaccination

La littératie vaccinale influence directement l'utilisation effective des services de vaccination. Cette connaissance réduit les retards et le nombre de rendez-vous manqués favorisant une couverture vaccinale complète.

Dans notre étude, presque un quart affirme avoir manqué un rendez-vous vaccinal et environ un tiers des mères rapportaient l'oubli comme principale raison de rendez-vous vaccinal manqué. Cette situation a été rapporté également dans l'étude de Koala D. en 2019 au Burkina Faso qui avait noté l'oubli dans 25,2% des cas dans son étude [89] ; et différents de ceux de Gidado et coll en 2014 au Nigéria, qui avaient rapporté plutôt le manque de connaissance comme raison de non vaccination dans 69,6% des cas dans leur étude [90].

Concernant les rendez-vous manqués pour les vaccins hors PEV, les raisons étaient attribuées dans une faible proportion (respectivement 11,8% et 9,4 % des cas) à la cherté des vaccins et au rupture de vaccins. Nos résultats sont similaires à ceux de Koala D. en 2019 au Burkina qui avaient rapporté également la rupture des vaccins comme principale raison des rendez-vous vaccinaux manqués des enfants en deuxième année de vie dans 29,6% dans son étude [89]. L'indisponibilité des vaccins peut décourager certaines mères à faire vacciner leurs enfants, ce qui peut entraîner un risque de baisse de couverture vaccinale.

6. Limites de notre étude

Par souci de temps, notre étude s'est intéressée aux mères qui fréquentent déjà les structures de santé et vivant toutes en milieu urbain et périurbain ; ce qui laisse la possibilité

d'envisager une prochaine fois la question en milieu communautaire plus spécifiquement rural.

7. Conclusion

Les vaccins font partie des avancées médicales les plus importantes et préviennent des millions des maladies, d'invalidités et de décès dans le monde. En dépit des efforts nationaux et internationaux, l'adoption des vaccins est confrontée à des défis divers. Les variations de la couverture vaccinale entre les pays et au sein d'un même pays, révèlent des inégalités dans l'adoption et surtout dans l'accès à l'information fiable sur la vaccination. Faisant référence aux taux de couvertures rapportées par le PNDS 2021-2025, la Côte d'Ivoire présente des taux de couverture vaccinale en deçà des objectifs fixés par les autorités sanitaires avec une grande disparité entre les régions. Cette situation nous a motivé à réaliser ce travail en nous penchant sur les déterminants de la littératie vaccinale chez les mères d'enfants. L'âge, l'éducation des mères, le revenu mensuel de la famille et la religion étaient statistiquement liés à la faible littératie vaccinale chez les mères. Comprendre et traiter ces inégalités démographiques et socio-économiques en améliorant le niveau de littératie vaccinale des mères est essentiel pour augmenter la couverture vaccinale globale et garantir une plus grande équité dans les résultats de santé au niveau national. Améliorer le niveau de connaissance des mères est capital afin que ces dernières soient capables de prendre en charge la santé de leurs enfants. Il paraît donc impératif de renforcer et multiplier les stratégies de communication auprès de la population générale et des mères en particulier pour faire connaître l'intérêt de la vaccination, ses buts et ses objectifs. Comme perspective, toutefois cette étude mérite d'être abordée en milieu rural afin de mieux cerner les disparités et les inégalités entre les régions.

Recommandations

Au terme de notre étude et au vu de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

- **Au Ministère de la santé de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle**
 - Rendre accessibles les vaccins hors PEV à toutes les classes sociales en réduisant le coût de ces derniers
 - Envisager la prise en compte des vaccins hors PEV dans la couverture maladie universelle
- **Aux autorités sanitaires des trois sites de vaccination**
 - Adapter les interventions en simplifiant les messages destinés aux mères peu ou non instruites ;

- Renforcer la communication avec les mères ou futures mères sur la vaccination lors des consultations prénatales ;
- Lutter contre la désinformation en menant des campagnes de sensibilisation et de communication claires et diffuser à travers les canaux fiables ;
- Organiser des focus groupes dans les différents quartiers sur les bénéfices de la vaccination ;
- Intégrer des outils numériques en envoyant des messages de rappel aux mères via SMS et whatsapp afin de soutenir la mémoire des mères et favoriser une bonne couverture vaccinale.
- **Aux personnels de santé**
 - Communiquer davantage sur les différents vaccins infantiles et les maladies évitables par la vaccination ;
 - Mieux communiquer sur les avantages de la vaccination des enfants ;
 - Instaurer un climat de communication et d'échange permanent avec les mères d'enfants à chaque occasion, cela les mettra plus en confiance.
- **Aux mères d'enfants**
 - Poser des questions sur la vaccination et les vaccins aux personnels de santé si besoin est ;
 - Sensibiliser d'autres mères sur l'importance de la vaccination.

❖ **Perspectives**

Notre étude a été réalisée au sein des formations sanitaires chez les mères qui avaient déjà adhéré aux services de vaccination ; nous n'avons pas évalué les connaissances des mères usagers des autres centres de santé et hôpitaux de la capitale. Étendre cette étude au niveau communautaire, dans les différents quartiers et même au niveau rural permettrait d'atteindre une large population, de renforcer le niveau de connaissance des mères en matière de vaccination et de les amener à adopter des attitudes favorables à changer leur mentalité c'est-à-dire promouvoir par la communication un changement durable de comportement.

8. Références bibliographiques

1. Vaccins et vaccination : qu'est-ce que la vaccination ? [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination>
2. Gabutti G. Available evidence and potential for vaccines for reduction in antibiotic prescriptions. *Hum Vaccines Immunother*. 30 déc 2022 ;18(7) :2151291.
3. Esposito S, Principi N, European Society of Clinical Microbiology Infectious Diseases (ESCMID) Vaccine Study Group (EVASG). Influenza vaccination and prevention of antimicrobial resistance. *Expert Rev Vaccines*. oct 2018 ;17(10) :881-8.
4. Brisson M, Kim JJ, Canfell K, Drolet M, Gingras G, Burger EA, et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet Lond Engl*. 2020;395(10224):575-90.
5. Vaccins et vaccination [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization>
6. Nguéfack F, Ngwanou DH, Chiabi A, Mah E, Wafeu G, Mengnjo M, et al. Déterminants et Raisons de Non Vaccination Complète des Enfants Hospitalisés dans deux Hôpitaux de Référence Pédiatrique à Yaoundé. *Health Sci Dis* [Internet]. 28 mars 2018 [cité 24 juill 2025];19(2). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1055>
7. 10 faits sur la vaccination [Internet]. [cité 24 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>
8. N'DRI Kouamé jean marc. Les Déterminants Du Recours A La Vaccination Chez Les Enfants De Moins De 5 Ans En Cote D'ivoire. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)* Volume 28, Issue 5, Series 1 (May, 2023) 36-44 e-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845. iosrjournal éd. mai 2023;9.
9. Kebe AT, Diarra B, Sangho A, Migliani R, Thonneau PF. L'hésitation vaccinale et ses déterminants chez les parents d'enfants de moins de cinq ans dans la ville de Gao, au Mali en 2021. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. sept 2023;71:102109.
10. Bloom DE. Mieux vaut prévenir. Notre approche de financement de la vaccination ne permet pas de lutter contre le risque épidémique. *Finances & Développement (F&D)*, Fonds Monétaire International
11. Yao GHA, Aka LBN, Manouan NJM, Angbo-Effi KO, Douba A, Zengbé-Acray P, et al. Connaissances et attitudes des organisations de la société civile à la mise en œuvre du Programme élargi de vaccination de routine en Côte d'Ivoire. *Santé Publique*. 21 mars 2014;26(1):99-106.

12. Plan national de developpement sanitaire 2021-2025. Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle.
13. KOUADIO FAITEY A. Couverture vaccinale des enfants de 0 à 5 ans: Cas du quartier preciaire « Nouvelle Jerusalem » COCODY-ABIDJAN (2018) [Internet]. 2025 [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://beep.ird.fr/collect/pha/index/assoc/1953-18/1953-18.pdf>
14. Couverture vaccinale [Internet]. [cité 4 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
15. Ratzan: Vaccine literacy: a new shot for advancing health - Google Scholar [Internet]. [cité 14 juill 2025]. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=J%20Health%20Commun&title=Vaccine%20literacy:%20a%20new%20shot%20for%20advancing%20health&volume=16&issue=3&publication_year=2011&pages=227-9&pmid=21391044&doi=10.1080/10810730.2011.561726&
16. Biasio LR, Carducci A, Fara GM, Giammanco G, Lopalco PL. Health literacy, emotionality, scientific evidence: Elements of an effective communication in public health. Hum Vaccines Immunother. 23 févr 2018;14(6):1515-6.
17. SPF. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique>
18. Larson HJ, Schulz WS, Tucker JD, Smith DMD. Measuring vaccine confidence: introducing a global vaccine confidence index. PLoS Curr. 25 févr 2015;7:ecurrents.outbreaks.ce0f6177bc97332602a8e3fe7d7f7cc4.
19. RAPPORT ANNUEL SUR LA SITUATION SANITAIRE (RASS) 2020. Cote d'Ivoire: MINISTERE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (MSHPCMU);
20. Côte d'Ivoire | Gavi, the Vaccine Alliance [Internet]. 2025 [cité 4 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.gavi.org/fr/programmes-et-impact/espace-pays/afrique/cote-divoire>
21. Singh P, Dhalaria P, Kashyap S, Soni GK, Nandi P, Ghosh S, et al. Strategies to overcome vaccine hesitancy: a systematic review. Syst Rev. 26 avr 2022;11:78.
22. World Health Organization. Vaccins et vaccination : la situation dans le monde. State Worlds Vaccines Immun [Internet]. 3ème éd. 2010 [cité 16 juill 2025]; Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/44209>
23. Aksoku BT, Aypak C, Güven D. Knowledge Level and Beliefs of Mothers of Children Under 5 Years of Age About Childhood Vaccinations. J Profesi Med J Kedokt Dan Kesehat. 15 juin 2024;18(1):12-20.

24. Zhang E, Dai Z, Wang S, Wang X, Zhang X, Fang Q. Vaccine Literacy and Vaccination: A Systematic Review. *Int J Public Health*. 14 févr 2023;68:1605606.
25. Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 1, No. 1 - UNIRÉS - Google Livres [Internet]. [cité 26 juill 2025]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=DYojBQAAQBAJ&lpg=PP5&dq=9782813001719&hl=fr&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
26. Kickbusch I. Health Literacy, the solid facts. Geneva: World Health Organization; 2013. 73 p.
27. Article complet : Littératie en santé et utilisation des services hospitaliers dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital [Internet]. [cité 23 juill 2025]. Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/10810730.2012.715233?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
28. Adams RJ, Piantadosi C, Ettridge K, Miller C, Wilson C, Tucker G, et al. Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. *Patient Educ Couns*. 1 mai 2013;91(2):206-12.
29. Olesen K, F Reynheim AL, Joensen L, Ridderstråle M, Kayser L, Maindal HT, et al. Higher health literacy is associated with better glycemic control in adults with type 1 diabetes: a cohort study among 1399 Danes. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 29 août 2017;5(1):e000437.
30. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *The BMJ*. 15 mars 2012;344:e1602.
31. Urstad KH, Andersen MH, Larsen MH, Borge CR, Helseth S, Wahl AK. Definitions and measurement of health literacy in health and medicine research: a systematic review. *BMJ Open*. 14 févr 2022;12(2):e056294.
32. Health literacy: the solid facts [Internet]. [cité 21 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>
33. Littératie en santé et promotion de la santé en contexte - Don Nutbeam, Diane Levin-Zamir, Gill Rowlands, 2018 [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975918814438?casa_token=S-o5gOIHgREAAAAA%3ALC5PhbUGHyekfSHR3t1TzKK5IR0VtEZoHknKO9mOuu0MHZxFT6dfPL3OIPCWY_K1OXV_AEk9Tz2YpyQ
34. Le Brun M, Godard D, Camps L, Gomes De Pinho Q, Benyammine A, Granel B. La littératie en santé : définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe, conséquences pour la santé et moyens disponibles pour l'améliorer. *Rev Médecine Interne*. janv 2025;46(1):32-9.

35. Urstad KH, Andersen MH, Larsen MH, Borge CR, Helseth S, Wahl AK. Definitions and measurement of health literacy in health and medicine research: a systematic review. *BMJ Open*. 14 févr 2022;12(2):e056294.
36. Kim K, Shin S, Kim S, Lee E. The Relation Between eHealth Literacy and Health-Related Behaviors: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res*. 30 janv 2023;25:e40778.
37. Biasio L, Giambi C, Fadda G. http://www.seu-roma.it/riviste/annali_igiene/apps/autos.php?id=1312. *Ann Ig Med Prev E Comunità*. 15 avr 2020;(3):205-22.
38. Lorini C, Santomauro F, Donzellini M, Capecchi L, Bechini A, Boccalini S, et al. Health literacy and vaccination: A systematic review. *Hum Vaccines Immunother*. 6 déc 2017;14(2):478-88.
39. The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. HLS19 International Report [Internet]. 2025 [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>
40. Bucci LM. La «littératie vaccinale»: les stratégies et connaissances pour promouvoir la vaccination.
41. L'hésitation vaccinale chez les parents : comment pouvons-nous aider? | CANVax [Internet]. [cité 17 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.canvax.ca/fr/brief/lhesitation-vaccinale-chez-les-parents-comment-pouvons-nous-aider>
42. Brugha RF, Kevany JP. Maximizing immunization coverage through home visits: a controlled trial in an urban area of Ghana. *Bull World Health Organ*. 1996;74(5):517-24.
43. Singh P, Dhalaria P, Kashyap S, Soni GK, Nandi P, Ghosh S, et al. Strategies to overcome vaccine hesitancy: a systematic review. *Syst Rev*. 26 avr 2022;11:78.
44. Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, Entwistle V. A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *J Public Health Policy*. août 2016;37(3):334-52.
45. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 1 sept 2000;15(3):259-67.
46. Connell L, Finn Y, Sixsmith J. Health literacy education programmes developed for qualified health professionals: a scoping review. *BMJ Open*. 30 mars 2023;13(3):e070734.
47. Badua AR, Caraquel KJ, Cruz M, Narvaez RA. Vaccine literacy: A concept analysis. *Int J Ment Health Nurs*. août 2022;31(4):857-67.

48. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. oct 2016;12:295-301.
49. Cloirec DL. Impact du niveau de littératie en santé sur la prise en charge kinésithérapique et ses effets chez les patientes bénéficiant d'une rééducation périnéale post-partum.
50. Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *J Exp Soc Psychol*. 1 sept 1986;22(5):453-74.
51. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS ONE*. 7 déc 2018;13(12):e0208601.
52. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 14 août 2015;33(34):4161-4.
53. Brewer NT, Cuite CL, Herrington JE, Weinstein ND. Risk compensation and vaccination: Can getting vaccinated cause people to engage in risky behaviors? *Ann Behav Med*. 1 août 2007;34(1):95-9.
54. "Herd Immunity": A Rough Guide | Clinical Infectious Diseases | Oxford Academic [Internet]. [cité 28 août 2025]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/cid/article-abstract/52/7/911/299077?redirectedFrom=fulltext&login=false>
55. Geiger M, Rees F, Lilleholt L, Santana AP, Zettler I, Wilhelm O, et al. Measuring the 7Cs of vaccination readiness. *Eur J Psychol Assess*. 2022;38(4):261-9.
56. Qu'est-ce que la couverture vaccinale ? [Internet]. [cité 20 août 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/qu-est-ce-que-la-couverture-vaccinale>
57. Sabi M, Assane H, Halatoko W, Abalo AMET, N'djao A, Hilim PM, et al. Facteurs Associés à la vaccination incomplète chez les enfants de 12-23 mois dans le district sanitaire de l'Ogou, Togo, 2019-2020 [Research]. *J Interv Epidemiol Public Health* [Internet]. 26 juin 2025 [cité 13 août 2025];8(2). Disponible sur: <https://afenet-journal.org/facteurs-associes-a-la-vaccination-incomplete-chez-les-enfants-de-12-23-mois-dans-le-district-sanitaire-de-logou-togo-2019-2020/>
58. O Anaekwe C, N Anaekwe A, C Nnebue C, M Obi K, L Ilika A. Comparative Analysis of Maternal Knowledge, Attitude and Uptake of Routine Immunization in 'Sabo' and 'Non-Sabo' Communities in Awka, Nigeria. *Am J Public Health Res*. 26 oct 2018;6(5):227-36.

59. Douba A, Aka LBN, Yao GHA, Zengbé-Acray P, Akani BC, Konan N. Facteurs sociodémographiques associés à la vaccination incomplète des enfants de 12 à 59 mois dans six pays d'Afrique de l'ouest. *Santé Publique*. 31 déc 2015;27(5):723-32.
60. Attoh-Touré H, Ayeva Adam HE, Bénié BVJ, Tiembré I. Connaissances, opinions et croyances des mères ou accompagnateurs d'enfants dans un centre de vaccination de référence à Abidjan – Côte d'Ivoire. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 mai 2017;65:S72.
61. Kyprianidou M, Tzira E, Galanis P, Giannakou K. Knowledge of mothers regarding children's vaccinations in Cyprus: A cross-sectional study. *PloS One*. 2021;16(9):e0257590.
62. Forshaw J, Gerver SM, Gill M, Cooper E, Manikam L, Ward H. The global effect of maternal education on complete childhood vaccination: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 28 déc 2017;17:801.
63. Khan MT, Zaheer S, Shafique K. Maternal education, empowerment, economic status and child polio vaccination uptake in Pakistan: a population based cross sectional study. *BMJ Open*. 10 mars 2017;7(3):e013853.
64. KALAMBAYI B., NSAKALA G., MANTEMPE N.J., MISEMGABU K.F. DETERMINANTS DE LA FAIBLE COUVERTURE VACCINALE EN RD CONGO. *Analyse des données de MICS-RDC 2010*. :14.
65. Fouda AAB, Kengne VFM, Adiogo D, Manga LJO. Refus et hésitation vis-à-vis de la vaccination anti-COVID-19 à Douala, Cameroun. *Pan Afr Med J*. 14 juin 2024;48:61.
66. Limaye RJ, Sara AB, Siddique AR, Vivas C, Malik S, Omonuju K. Interpersonal and community influences affecting childhood vaccination decision-making among Nigerian caregivers: Perceptions among frontline workers in Nigeria. *J Child Health Care Prof Work Child Hosp Community*. sept 2019;23(3):403-14.
67. Mavundza EJ, Cooper S, Wiysonge CS. A Systematic Review of Factors That Influence Parents' Views and Practices around Routine Childhood Vaccination in Africa: A Qualitative Evidence Synthesis. *Vaccines*. 1 mars 2023;11(3):563.
68. Kagoné M, Yé M, Nébié E, Sié A, Müller O, Beiersmann C. Community perception regarding childhood vaccinations and its implications for effectiveness: a qualitative study in rural Burkina Faso. *BMC Public Health*. 6 mars 2018;18:324.
69. Ames HM, Glenton C, Lewin S. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database Syst Rev*. 7 févr 2017;2017(2):CD011787.
70. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 17 avr 2014;32(19):2150-9.

71. Dubé E, Gagnon D, MacDonald NE. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccine*. 14 août 2015;33(34):4191-203.
72. Yéboua Yao David, Tia Félicien Yomi, Koffi Olivier Yao, Kouamé Atta, Yoro Marcel Blé, Kone Drissa,. Facteurs Associés à la Réticence de la Vaccination Contre la Poliomyélite chez les Mères dans la Commune d'Abobo, Abidjan: Cas du Quartier Samaké. *European Scientific Journal*. 2019;
73. Fichier:Abidjan Communes.svg — Wikipédia [Internet]. 2007 [cité 17 juill 2025]. Disponible sur: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Abidjan_Communes.svg
74. Odusanya OO, Alufohai EF, Meurice FP, Ahonkhai VI. Determinants of vaccination coverage in rural Nigeria. *BMC Public Health*. 5 nov 2008;8:381.
75. Adedire EB, Ajumobi O, Bolu O, Nguku P, Ajayi I. Maternal knowledge, attitude, and perception about childhood routine immunization program in Atakumosa-west Local Government Area, Osun State, Southwestern Nigeria. *Pan Afr Med J*. 12 nov 2021;40(Suppl 1):8.
76. Matsumura T, Nakayama T, Okamoto S, Ito H. Measles vaccine coverage and factors related to uncompleted vaccination among 18-month-old and 36-month-old children in Kyoto, Japan. *BMC Public Health*. 4 juin 2005;5:59.
77. Kamani NLN, Bassong OYM, Fossi CT, Alexandre NB. Facteurs associés à la Non Observance du Calendrier Vaccinal des Enfants de 0 à 11 mois dans le District de Santé de Djoungolo - Cameroun. *Health Sci Dis* [Internet]. 11 janv 2020 [cité 24 juill 2025];21(2). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1827>
78. Lansana C, Djiba D, Abdoulaye S, Sidikiba S. Facteurs Associés aux Connaissances des Mères ou Accompagnants des Enfants de 0 à 11 Mois sur la Vaccination à Mamou (Guinée). *Health Sci Dis* [Internet]. 24 janv 2024 [cité 24 juill 2025];25(2 Suppl 1). Disponible sur: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/5202>
79. BENGALY O. Connaissances, opinions et croyances des me`res ou accompagnateurs d'enfants dans un centre de vaccination de re`fe`rence a` Abidjan – Co`te d'Ivoire. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS); 2019.
80. Konate DS, Diawara SI, Diarra SS, Keita B, Coulibaly O, Bengaly O, et al. CONNAISSANCES DU PERSONNEL DE SANTE ET DES MERES D'ENFANTS SUR LA VACCINATION DANS LE DISTRICT DE BAMAKO. *Rev Malienne Sci Technol* [Internet]. 2021 [cité 2 août 2025];2(25). Disponible sur: <https://revues.ml/index.php/rmst/article/view/2262>
81. Osuagwu UL, Mashige KP, Ovenseri-Ogbomo G, Envuladu EA, Abu EK, Miner CA, et al. The impact of information sources on COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 6 janv 2023;23:38.

82. Fouda AAB, Kengne VFM, Adiogo D, Manga LJO. Refus et hésitation vis-à-vis de la vaccination anti-COVID-19 à Douala, Cameroun. *Pan Afr Med J*. 14 juin 2024;48:61.
83. Etana B, Deressa W. Factors associated with complete immunization coverage in children aged 12–23 months in Ambo Woreda, Central Ethiopia. *BMC Public Health*. 28 juill 2012;12:566.
84. Cadeddu C, Regazzi L, Bonaccorsi G, Rosano A, Unim B, Griebler R, et al. The Determinants of Vaccine Literacy in the Italian Population: Results from the Health Literacy Survey 2019. *Int J Environ Res Public Health*. 7 avr 2022;19(8):4429.
85. (PDF) International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL [Internet]. ResearchGate. 2025 [cité 4 sept 2025]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/364700645_International_Report_on_the_Methodology_Results_and_Recommendations_of_the_European_Health_Literacy_Population_Survey_2019-2021_HLS19_of_M-POHL
86. Zhang F, Or PPL, Chung JWY. The effects of health literacy in influenza vaccination competencies among community-dwelling older adults in Hong Kong. *BMC Geriatr*. 14 mars 2020;20:103.
87. Bisvigou U, Ngoungou EB, Nzondo SM, Ibinga E. P1-9 - Déterminants de l'acceptation des vaccins du Programme élargi de vaccination au sein de la population de Makokou au Gabon. *J Epidemiol Popul Health*. 1 juill 2024;72:202653.
88. Nadjib AM, Attoh-Touré H, Baron S, Abdel-mahamoud A, Brunet-Houdard S, Rusch E, et al. Connaissances, attitudes et pratiques des parents face à la vaccination contre la poliomyélite à Abéché-Tchad. *Pan Afr Med J* [Internet]. 4 déc 2018 [cité 2 août 2025];31(219). Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/31/219/full>
89. Koala D. Facteurs associés à la faible couverture et pistes de renforcement de la vaccination au cours de la deuxième année de vie dans la région du Centre au Burkina Faso. 2019;
90. Gidado S, Nguku P, Biya O, Waziri NE, Mohammed A, Nsubuga P, et al. Determinants of routine immunization coverage in Bungudu, Zamfara State, Northern Nigeria, May 2010. *Pan Afr Med J*. 21 juill 2014;18(Suppl 1):9.

9. Liste des illustrations

Figure 1 : Illustration du cercle vicieux du faible niveau de littératie en santé sur la population et les conséquences sur sa santé	13
Figure 2 : Cadre conceptuel illustrant les facteurs associés à la littératie vaccinale	21
Figure 3 : Ville d'Abidjan (Abidjan-communes. Svg)	22
Figure 4 : Répartition des mères selon la tranche d'âge	27
Figure 5 : Répartition des mères selon le statut matrimonial	28
Figure 6 : Répartition des mères selon la catégorie socio-professionnelle	30

10. Liste des tableaux

Tableau 1 : Calendrier vaccinal PEV en vigueur en 2025 en Côte d'Ivoire	17
Tableau 2 : Calendrier vaccinal en vigueur chez les femmes enceintes en Côte d'Ivoire (DCPEV)	18
Tableau 3 : Vaccins hors PEV disponibles à l'INHP	18
Tableau 4 : Répartition des mères selon le niveau d'éducation	28
Tableau 5 : Répartition des mères selon les différentes communes de résidence	29
Tableau 6 : Répartition des mères selon le nombre d'enfant	30
Tableau 7 : Répartition des mères selon le revenu estimatif du couple	31
Tableau 8 : Répartition des mères selon leur appartenance religieuse	31
Tableau 9 : Hésitation vaccinale et croyance culturelle	32
Tableau 11 : Répartition des mères selon leur connaissance du rôle des vaccins	33
Tableau 12 : Répartition des mères selon leur connaissance de l'âge du début de vaccination	33
Tableau 13 : Répartition des mères en fonction de leur niveau de connaissance des maladies évitables par la vaccination	34
Tableau 14 : Répartition des mères en fonction de leur niveau de connaissance des noms des vaccins infantiles	34
Tableau 15 : Répartition des mères en fonction de leur compréhension des informations sur la vaccination	35
Tableau 16 : Répartition des mères en fonction de leur niveau de littératie vaccinale	35
Tableau 17 : Répartition des mères en fonction du respect du calendrier vaccinal	36
Tableau 18 : Répartition des mères en fonction des raisons de vaccination manqué (n=85)	36
Tableau 19 : Caractéristiques sociodémographiques, économique, croyances et niveau de littératie vaccinale	37
Tableau 20: Facteurs associés à la littératie vaccinale	39

11. Annexes

11.1. Annexe 1 : Fiche de consentement éclairé du participant à l'entretien individuel

Titre de l'étude : Déterminant de la littératie vaccinale : cas des mères d'enfants de 0 à 5 ans à Abidjan, Côte d'Ivoire ; 2025.

Le but de ce travail est de renforcer les connaissances et de sensibiliser les mères sur la vaccination de leurs enfants à Abidjan, en Côte d'Ivoire. L'objectif général sera d'étudier les facteurs associés aux connaissances des mères sur la vaccination au Centre de formation sanitaire à base communautaire d'Abobo Baoulé, à l'INHP de Treichville et à l'Hôpital de Bingerville.

Nom de l'interviewer : _____

Date ____/____/____ Lieu _____ Signature _____

J'ai lu la note d'information ☐

J'ai entendu lire la note d'information ☐

Je me suis fait traduire la note d'information ☐

J'ai reçu et compris les explications données sur cette recherche ☐

La nature de cette recherche m'a été expliquée. J'ai compris la nature de cette recherche et le texte d'information. J'accepte librement de participer à cet entretien individuel. J'ai posé toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes. Je sais que je peux mettre un terme à ma participation à tout moment durant les échanges, sans préjudice ni explication.

Participant

Identifiant du participant : P/_/_/_/____/2025/

Date ____/____/____ Lieu _____ Signature _____

J'ai lu cette note et je la comprends ☐

Cette note m'a été lue en français et je la comprends ☐

Cette note m'a été traduite et je la comprends ☐

11.2. Annexe 2: Questionnaire

Déterminants de la littératie vaccinale: cas des mères d'enfants de 0 à 5 ans, à Abidjan; Côte d'Ivoire, 2025.

A : Informations sociodémographiques et économiques

1. Age.....ans

2. Statut matrimonial

En couple []

Veuve []

Divorcée []

Célibataire []

3. Niveau d'éducation

Aucune scolarisation[]

Primaire[]

Secondaire []

Supérieur[]

4. Fonction

Fonctionnaire []

Profession libérale[]

Ménagère/Femme au foyer []

Élève/Étudiante[]

5. Revenu de la famille

1- 75000 FCFA []

75000-150000 FCFA []

150000- 500.000FCFA []

Supérieur à 500.000Fcfa []

6. Quartier de résidence : _____

7. Nombre d'enfants en charge: _____

B : Connaissances vaccinales

8. Selon vous, à quoi servent les vaccins ?

Prévenir les maladies []

Guérir les maladies []

Renforcer l'immunité de l'enfant []

Autre (précisez) : _____

Je ne sais pas []

9. Pouvez-vous citer les noms de 5 vaccins que votre enfant a reçus ou devrait recevoir avant l'âge de 5 ans ?

10. Pouvez-vous nommer 5 maladies que les vaccins peuvent prévenir ?

11. À quel âge un enfant devrait-il recevoir son premier vaccin ?

À la naissance ☐ À 1 mois ☐ À 3 mois ☐ À 6 mois ☐ Je ne sais pas ☐

12. Possédez-vous le carnet de vaccination de votre enfant ?

Oui, je l'ai avec moi ☐ Oui, mais il est à la maison ☐

Non, je l'ai perdu ☐ Non, je n'en ai jamais eu ☐

13. Comprenez-vous les informations écrites dans le carnet de vaccination ?

Oui, parfaitement ☐ Oui, en partie ☐ Non, pas du tout ☐ Je ne l'ai jamais regardé ☐

14. Savez-vous qu'il y a des vaccins recommandés pour votre enfant après l'âge d'un an?

Oui ☐ Non ☐

15. Ces vaccins sont pour la plupart payants; serez-vous en mesure d'acheter ces vaccins pour votre enfant?

Oui ☐ Non ☐

16. Quand vous avez des préoccupations concernant les vaccins, vous sentez-vous à l'aise pour en discuter avec les personnels de santé ?

☐ Très à l'aise ☐ Plutôt à l'aise ☐ Plutôt mal à l'aise ☐ Très mal à l'aise

17. Lorsque l'agent de santé vous donne des informations sur les vaccins, comprenez-vous généralement ce qu'il vous dit ?

☐ Oui, toujours ☐ Oui, la plupart du temps ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

18. Avez-vous déjà demandé des clarifications à un agent de santé concernant les vaccins ?

☐ Oui ☐ Non

19. Avez-vous déjà partagé des informations sur la vaccination avec d'autres mères ?

☐ Oui, souvent ☐ Oui, parfois ☐ Non, jamais

20. Lorsque vous recevez des informations sur les vaccins, comment évaluez-vous si elles sont vraies ou fausses ?

☐ Je fais confiance aux agents de santé

☐ Je consulte les documents et pages officiels du ministère de la santé

☐ Je vérifie auprès de plusieurs sources

☐ Je demande l'avis de ma famille

☐ Je fais confiance aux informations partagées sur les réseaux sociaux

☐ Je fais confiance aux médias (radio, télévision)

☐ Je fais confiance aux leaders religieux/communautaires

☐ Autre (précisez) : _____

21. Avez-vous déjà entendu des informations négatives ou inquiétantes sur les vaccins ?

☐ Oui ☐ Non

22. Si oui, qu'avez-vous fait suite à ces informations ?

☐ J'ai vérifié l'information auprès d'un agent de santé

☐ J'ai consulté d'autres sources d'information

☐ J'ai discuté avec d'autres mères

☐ J'ai décidé de ne pas faire vacciner mon enfant

☐ J'ai quand même fait vacciner mon enfant

☐ Autre (précisez) : _____

C: Croyances, cultures et religion

23. Quelle est votre appartenance religieuse ?

☐ Chrétienne ☐ Musulmane ☐ Autre ☐ Aucune

24. Dans votre communauté ou groupe religieux, la vaccination est-elle généralement acceptée ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

25. Avez-vous déjà refusé ou hésité à faire vacciner votre enfant en raison de vos croyances culturelles ou religieuses ?

☐ Oui ☐ Non

26. Dans quelle mesure pensez-vous que les croyances traditionnelles (ex. : médecine traditionnelle, rumeurs locales) influencent les décisions de vaccination dans votre entourage ?

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup

D : Source d'information

27. À qui faites-vous le plus confiance pour obtenir des informations sur la vaccination ? (classez de 1 à 7, 1 étant la source la plus fiable)

☐ Agents de santé (médecin, infirmier, sage-femme)

☐ Famille (mère, belle-mère, sœurs, etc.)

☐ Autres mères

☐ Leaders religieux

☐ Leaders communautaires/traditionnels

☐ Médias (radio, télévision)

☐ Internet/réseaux sociaux

28. Par quels moyens avez-vous reçu des informations sur la vaccination ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

☐ Centre de santé/Agents de santé

☐ Radio

☐ Télévision

☐ Affiches/Posters

☐ Brochures/Dépliants

☐ Réseaux sociaux (WhatsApp, Facebook, etc.)

☐ Messages SMS

☐ Famille/Amis

☐ Leaders communautaires/religieux

☐ Autre (précisez) : _____

29. À quelle fréquence utilisez-vous les réseaux sociaux suivants ?

☐ Quotidiennement

☐ Plusieurs fois par semaine

☐ Rarement

☐ Jamais

☐ Jamais

30. Avez-vous déjà reçu des messages ou vu des publications concernant les vaccins sur les réseaux sociaux ?

☐ Oui, souvent

☐ Oui, parfois

☐ Non, jamais

31. Si oui, ces messages étaient-ils généralement :

☐ Positifs envers la vaccination

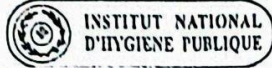
☐ Négatifs envers la vaccination

☐ À la fois positifs et négatifs

☐ Neutres

☐ Autre (précisez) : _____

MINISTRE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE
PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



B.P.V 14 ABIDJAN
Tel : 21-25-92-54/21-25-92-78
Fax : 21-24-69-81
e-mail : institut.d'hygiene@inhp.ci

N° _____ MSHPCMU/INHP/DG/S/DAAF/SGRH- AK
- 0 1337

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail



Abidjan, le 05.05.20

AUTORISATION DE STAGE

Je soussigné Pr. EKRA Kouadio Daniel, Directeur Général de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) autorise Mademoiselle TCHOUBOUBE Gisèle, étudiante en Master 2 en Santé Publique Internationale de l'Université Senghor à Alexandrie, à effectuer un stage sur le thème «détermination de la littératie vaccinale : cas des mères d'enfants de 0-5 ans, ABIDJAN 2025» du 06 mai 2025 au 31 août 2025 dans les Antennes communales d'Abidjan puis les services de l'Unité Programme Elargi de Vaccination puis du Centre de Vaccination Internationale dudit institut,



Pr. EKRA Kouadio Daniel

Ampliations

Direction Générale.....1
S/Directions.....3
Intéressée.....3
Antennes communales.....4
Services concernés.....2
Chrono.....1

Scanné avec CamScanner

Scanné avec CamScanner



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE
ET DE LA COUVERTURE
MALADIE UNIVERSELLE



Antenne d'Hygiène Publique d'Abobo
01 01 16 14 67
lnhp.abobo@gmail.com

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



Abidjan, le 27 MAI 2025

N°/ 055 /MSHPCMU/INHP/AHPA/2025/AZP/AKB

*Avis favorable pour
enquête*
Dr BÉDE Konan Henri
Médecin-Chef
Fsu Com Abobo Baoulé
N° ONMCI: 3143
Cel: 07 07 10 06

A
Monsieur le Directeur de la
Formation Sanitaire Urbaine à base
Communautaire (FSU COM) Abobo
Baoulé

ABIDJAN

Objet: Demande d'autorisation d'enquête

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de solliciter auprès de vous, une autorisation pour la collecte des données de l'étude dont le thème est « détermination de la littératie vaccinale : cas des mères d'enfants de 0 -5 ans, Abidjan (Côte d'Ivoire), 2025. »

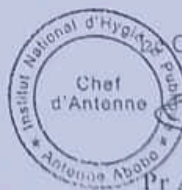
En effet, dans le cadre du stage professionnel de master de santé publique internationale de l'Université Senghor d'Alexandrie en Egypte, Mademoiselle TCHOUBOUBE Gisèle sera dans votre service de l'unité Programme Elargi de vaccination.

La collecte dans ledit service va s'étendre sur une période d'un (01) mois allant du 02 au 30 Juin 2025.

Assurée de l'intérêt que vous portez à la question de santé publique, je vous remercie de l'attention que vous voudriez bien réserver à ma demande.

Je vous prie d'agréer Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

*Avis favorable de la
Direction départementale
Abobo EST*
P/D M. BOGANSNIKIE ABIEK
Pr. la Santé de l'Hygiène Publique
Autorisation de stage
LE DIRECTEUR
ABOBO-EST



Chef d'Antenne

Pr ACRAY ZENGBE Pétronille

Scanné avec CamScanner



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE
ET DE LA COUVERTURE
MALADIE UNIVERSELLE



Antenne d'Hygiène Publique d'Abobo
01 01 16 14 67
lnhp.abobo@gmail.com

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



Abidjan, le... **27 MAI 2025**...

N°/ **058** /MSHPCMU/INHP/AHPA/2025/AZP/AKB

A
Monsieur le Chef d'Antenne INHP
Cocody-Bingerville

ABIDJAN

Objet: Demande d'autorisation d'enquête

Monsieur le Chef d'Antenne,

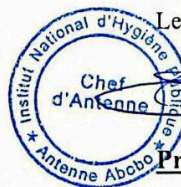
J'ai l'honneur de solliciter auprès de vous, une autorisation pour la collecte des données de l'étude dont le thème est « **détermination de la littératie vaccinale : cas des mères d'enfants de 0 -5 ans, Abidjan (Côte d'Ivoire), 2025.** »

En effet, dans le cadre du stage professionnel de master de santé publique internationale de l'Université Senghor d'Alexandrie en Egypte, Mademoiselle **TCHOUBOUBE Gisèle** sera dans votre service de vaccination.

La collecte dans ledit service va s'étendre sur une période d'un (01) mois allant du 02 au 30 Juin 2025.

Assurée de l'intérêt que vous portez à la question de santé publique, je vous remercie de l'attention que vous voudriez bien réserver à ma demande.

Je vous prie d'agréer **Monsieur le Chef d'Antenne**, l'expression de ma considération distinguée.



Le Chef d'Antenne

Pr ACRAY ZENGBE Pétronille

PJ : Autorisation de stage

